EFFICACITÉ DES MODÈLES DE PRESTATION COOPÉRATIFS / COMMUNAUTAIRES DES SOINS DE SANTÉ

(que possèdent et administrent les usagés)

Ottawa, juin 1990

Douglas E. Angus
Santé communautaire et
épidémiologie
Université Queen's

et

Pran Manga
Programme de maîtrise en gestion
des services de santé
Université d'Ottawa

(Édition août 1990)

Contrat géré par
l'Association des coopératives canadiennes
(Ottawa)

92-02869/

Table des matières

RÉSUMÉ GÉNÉRAL 1

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION ET VUE D'ENSEMBLE

1.1 Éléments de la transition qui se fait dans les services de santé 3

1.2 Le cadre d'une réorientation 4

1.3 Possibilités de recours des coopératives de santé et des services qui sont la propriété de, et administrés par les consommateurs : objectifs et portée . . . 5

CHAPITRE 2 : UN COUP D'OEIL RAPIDE SUR LES DOCUMENTS EMPIRIQUES

2.1 Introduction 7

2.2 Constatations et conclusions comparatives importantes 7

CHAPITRE 3 : ÉVALUATION DES AUTRES MODÈLES DE PRESTATION

3.1 Introduction 19

3.2 Aperçu général 20

3.3 Les critères et les modèles 22

Section I Aspects ayant trait à l'organisation et à la gestion 22

I.a Modèles de participation communautaire 22

I.b Modèles de quasi-participation communautaire 23

I.c Modèles de participation communautaire minime 25

Section II GAMME DES SERVICES OFFERTS 26

II.a Modèles de participation communautaire 26

II.b Modèles de quasi-participation communautaire 27

II.c Modèles de participation communautaire minime 28

Section III FACILITÉ D'ACCÈS 28

III.a Modèles de participation communautaire 29

III.b Modèles de quasi-participation communautaire 29

III.c Modèles de participation communautaire minime 30

Section IV QUALITÉ DES SOINS 30

IV.a Modèles de participation communautaire 30

IV.b Modèles de quasi-participation communautaire 30

IV.c Modèles de participation communautaire minime 31

Section V RENDEMENT ÉCONOMIQUE 31

V.a Modèles de participation communautaire et de quasi-participation communautaire 31

V.b Modèles de participation communautaire minime 32

Section VI EFFICACITÉ DE LA MISE EN OEUVRE 32

VI.a Modèles de participation communautaire 33

VI.b Modèles de quasi-participation communautaire 34

VI.c Modèles de participation communautaire minime 35

CHAPITRE 4 : SERVICES DE SOINS DE SANTÉ QUI SONT LA PROPRIÉTÉ DE, ET ADMINISTRÉS PAR DES COOPÉRATIVES-CONSOMMATEURS ET LES PRIORITÉS GOUVERNE MENTALES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

4.1. Les avantages des coopératives-centres de services de santé que possèdent et administrent les consommateurs 37

4.2 Les priorités et les objectifs gouvernementaux 39

4.3 Les centres de services de santé communautaires : une solution recommandée . 42

4.4 Les raisons d'une croissance restreinte 43

4.5 De meilleures chances de respecter les priorités et d'atteindre les objectifs gouvernementaux 45

4.6 Critères de sélection 51

CHAPITRE 5 : POURQUOI UNE RÉFORME EST-ELLE SOUHAITABLE?

5.1 Introduction 53

5.2 Critères essentiels pour les soins de santé communautaires 53

5.2.1 L'autonomie 53

5.2.2 La qualité de vie 54

5.2.3 Les services de soins de santé non structurés 54

5.2.4 La gamme des services 54

5.2.5 Le milieu physique et le milieu social 54
5.2.6 Une approche globale 55
5.3 Stratégies communautaires en matière de santé 55
5.3.1 Faire participer la collectivité 55
5.3.2 Un accès plus facile 56
5.3.3 Promotion de la santé et prévention de la maladie 56
5.3.4 La coordination des politiques et des services 56
5.3.5 Des soins individuels aux soins communautaires 57
5.3.6 Quelques mises en garde au sujet de la participation communautaire . . . 57
5.4 Orientations pour l'avenir 58
5.4.1 Aspects d'ordre organisationnel et législatif 59
5.4.2 Aspects d'ordre administratif et financier 60
5.4.3 Certaines orientations à envisager 62
CONCLUSIONS 65

Principales personnes interrogées 74

QUESTIONS POSÉES AUX PRINCIPALES PERSONNES INTERROGÉES AU SUJET DES SERVICES DE SANTÉ PROPRIÉTÉ DE, ET ADMINISTRÉ PAR DES COOPÉRATIVES-CONSOMMATEURS

Questions d'ordre général : 71
Mode de propriété : 71
Participation communautaire : 71
Facilité d'accès : 71
Modalités de financement : 72
Efficacité et rentabilité : 72
Acceptabilité : 72
Mesures incitatives/décourageantes : 73
Orientations futures : 73

Bibliographie 75

Ce rapport est un document de recherche. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne réflètent pas nécessairement les politiques des agences fédérales et provinciales, à l'exception de celles contenues dans les citations bibliographiques.

Financement du projet par

Santé et Bien-Être Canada
Sécretariat aux coopératives
Conseil canadien de la coopération
Canadian Co-operative Association
Province du Nouveau-Brunswick
Province de la Nouvelle-Écosse
Province de l'Alberta
Province du Manitoba
Province de l'Ontario
Province de l'Île-du-Prince-Éduoard

* This report is also available in English.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

En raison de l'augmentation continuelle des coûts des services de santé, des restrictions d'ordre financier et des pressions qui sont exercées sans cesse sur eux pour qu'ils procèdent à une réforme des politiques et des systèmes de soins de santé, dans toutes les régions du Canada, les gouvernements souhaitent plus ardemment que jamais adopter d'autres modèles de prestation des services de santé qui soient rentables. Dans le cadre de la présente étude, nous évaluons l'efficacité des modèles de prestation des soins de santé qui sont la propriété de, et administrés par des coopératives-consommateurs ("participation communautaire") ou des autres modèles de prestation proposés.

Nous avons constaté que les centres de services de santé communautaires (CHC) offraient de nombreux avantages économiques et autres. D'une manière générale, le coût par patient est moins élevé. On remarque également une constante, c'est qu'ils font baisser considérablement le taux d'utilisation des hôpitaux. Ils mettent l'accent sur le travail en équipes pluridisciplinaires, ce qui leur permet d'utiliser d'une façon plus judicieuse et plus rentable les professionnels de la santé. Le coût des médicaments par patient est moins élevé que dans les autres modèles de prestation. Le degré de satisfaction des malades et la qualité des soins semblent être à peu près les mêmes que dans les autres modèles de prestation. Par ailleurs, les CHC offrent relativement plus de services préventifs et de services de promotion de la santé. Sur le plan de l'innovation et des améliorations apportées afin de rendre les services plus accessibles aux groupes défavorisés, ils ont fait des efforts assez impressionnants. Ils sont également parvenus à intégrer des services médicaux à d'autres services. Les CHC permettent également aux consommateurs de participer davantage aux décisions concernant les services de santé et ils permettent sans conteste au public de jouer un rôle actif dans le choix des priorités et des politiques opérationnelles, ainsi que dans la planification des programmes et dans l'administration des centres.

Grâce à ces avantages, ce genre de coopératives ou centres de services de santé qui sont la propriété de, et administrés par les consommateurs aident considérablement le gouvernement à atteindre ses objectifs et à respecter ses priorités en matière de santé. C'est pourquoi, depuis une vingtaine d'années, les commissions d'enquête ne cessent de préconiser cette solution. De nombreux organismes indépendants qui ont fait des études à ce sujet ont également recommandé de multiplier rapidement le nombre de centres de ce genre. Par contre, sauf en ce qui concerne le Québec, et à un moindre degré l'Ontario, le nombre de centres de services de santé communautaires n'a tout bonnement pas augmenté dans les proportions escomptées au Canada.

Cette situation est due notamment à un engagement politique insuffisant, à un manque de fonds, au fait que ces centres ne sont pas reconnus par une loi, à l'opposition du réseau traditionnel, à la difficulté d'attirer du personnel médical et au fait que ces centres sont souvent considérés comme des "refuges pour les pauvres".

Parmi les réformes recommandées, il y a entre autres la nécessité pour les pouvoirs publics de reconnaître par la voie législative que de tels centres constituent un modèle important de prestation des soins de santé. Il est grand temps que l'on adopte une loi qui précise le rôle, la structure financière, la structure organisationnelle, la responsabilité financière ainsi que les principes et traits opérationnels des CHC. Les CHC et les gouvernements doivent "vendre" ce modèle et voir à ce qu'on cesse de les considérer comme des centres de services de santé pour les pauvres. Par ailleurs, on recommande une plus grande coopération entre les associations qui représentent ces centres et le gouvernement pour ce qui est de la planification, de l'administration, de l'élaboration de systèmes de gestion et d'information ainsi que de l'évaluation efficace et pertinente des programmes.

Nous signalons qu'il existe plusieurs modèles de coopératives ou centres de services de santé qui sont la propriété de, et administrés par les consommateurs (ou communautaires) qui

permettraient au gouvernement de respecter ses priorités et d'atteindre ses objectifs d'une façon rentable. Chaque modèle ne donnerait pas nécessairement de très bons résultats partout. Le choix variera d'une collectivité à l'autre. Le pluralisme est inévitable voire souhaitable car, en fin de compte, le modèle idéal est celui qui reflète le mieux la nature et les besoins spécifiques de la collectivité qu'il dessert. Au lieu de s'attacher à un modèle en particulier, il serait préférable de veiller à ce que les modèles choisis répondent à certains critères importants : (a) il devrait être relativement facile pour les dispensateurs d'identifier leur mission, leurs buts et leurs objectifs; (b) il faudrait des encouragements financiers et professionnels afin de faciliter une utilisation rentable des ressources; (c) le mécanisme de prise de décisions devrait être décentralisé et mettre l'accent sur la responsabilité tant sur le plan financier que sur d'autres plans; et (d) ils doivent offrir des services qui permettent de répondre aux besoins des patients en utilisant les mécanismes existants de contrôle de la qualité.

On recommande vivement à l'Association des co-opératives canadiennes et au Conseil canadien de la coopération de former des alliances avec des associations provinciales et nationales de CHC, de centres locaux de services communautaires (CLSC) voire même avec certains organismes de services de santé, afin de former un front commun pour provoquer les réformes nécessaires. Une telle collaboration aurait pour objectif essentiel de favoriser une approche communautaire à l'égard de la prestation des soins de santé au Canada, sans recommander nécessairement un modèle en particulier.

On recommande d'inciter les pouvoirs publics à s'engager à faire les mises de fonds de démarrage nécessaires pour réaliser ces modèles de rechange à caractère communautaire et d'adopter la formule per capita ou celle des budgets pour les dépenses de fonctionnement. La budgétisation de ces modèles communautaires ne doit pas obliger les provinces à octroyer des crédits supplémentaires. On recommande de les financer grâce à une réduction des augmentations annuelles proportionnelles des budgets actuels de la santé. De cette façon, on peut progressivement affecter des ressources qui étaient consacrées principalement aux soins pour maladies aiguës et aux soins en établissement à d'autres modèles de prestation. On pourrait également envisager plusieurs autres réformes ou changements. Ainsi, il faudrait permettre à ces modèles communautaires de faire de la publicité pour pouvoir s'attirer plus de clients. Il faudrait par ailleurs supprimer les obstacles législatifs et professionnels afin de pouvoir utiliser des équipes pluridisciplinaires de façon plus systématique et plus efficace.

On ne peut trop insister sur l'importance des initiatives et de l'aide gouvernementales. C'est aux gouvernements provinciaux qu'il appartient de prendre les initiatives essentielles et nécessaires pour permettre aux modèles communautaires de jouer un rôle plus important.

Nous en sommes arrivés à un stade où tous les modèles communautaires pourraient contribuer largement à transformer le système de prestation des soins de santé au Canada. L'Association des coopératives canadiennes et le Conseil canadien de la coopération pourraient prendre la direction des opérations.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION ET VUE D'ENSEMBLE

À mesure que notre vision de la santé s'élargit et s'approfondit, nous commençons à percevoir avec plus de netteté l'importance et la taille des défis qui se dessinent dans le domaine de la santé. Nous en venons à conclure que notre système de santé, dans sa forme actuelle, ne répond pas adéquatement aux principaux problèmes que pose la santé de nos jours." (Epp:1986:4).

Une trentaine d'années se sont écoulées depuis l'entrée en vigueur du régime d'assurance-maladie universel au Canada. Dans l'ensemble, les services médicaux et hospitaliers universels et généraux qui ont été offerts à tous les Canadiens ont été excellents. Comparativement à la plupart des autres pays, le Canada s'est doté d'un système efficace qui a permis d'offrir à la population les services qu'elle semblait désirer, à un coût raisonnable. Pourtant, comme nous le verrons plus loin, notre système se heurte à certaines difficultés et il traverse une période de transition au cours de laquelle il s'efforce de corriger certains de ses plus gros défauts.

1.1 ÉLÉMENTS DE LA TRANSITION QUI SE FAIT DANS LES SERVICES DE SANTÉ

Le fait que la notion de santé prenne une acception plus large a des répercussions sur tous les services médicaux. Le public est plus actif et participe davantage, on voit apparaître de nouvelles professions paramédicales, le rôle du professionnel de la santé est en train de revêtir un caractère plus égalitaire, plus encourageant et plus consultatif, l'hôpital est considéré (à nouveau) comme une ressource communautaire et les pouvoirs publics encouragent les initiatives visant à améliorer la situation dans le domaine de la santé.

Les frontières et les relations traditionnelles entre le public, les professionnels, les établissements médicaux et les pouvoirs publics évoluent à cause de la transition qui se produit dans le système des soins de santé (Siler-Wells:1988). La multiplication des initiatives personnelles et des services d'entraide, les associations qui se créent pour faciliter l'autogestion de la santé ainsi que la collaboration plus étroite entre les provinces et les établissements médicaux en sont la belle preuve. Le clivage s'estompe et sa nature évolue, notamment dans le domaine de l'éducation sanitaire où les éducateurs, les infirmières, les médecins, les pharmaciens et les nutritionnistes jouent tous un rôle plus important dans l'éducation sanitaire. Le clivage qui existait entre les exécutants habituels et la nouvelle génération de praticiens comme les sages-femmes, entre les médecins et les infirmières de première ligne, entre les infirmières et les aides-infirmières, s'atténue. La nécessité de faire des recherches pluridisciplinaires crée une ouverture sur de nouveaux domaines comme le changement social, l'environnement, les loisirs, l'urbanisme.

La prise de décisions et la gestion opérationnelle évoluent également. Les citoyens prennent davantage leur vie en main. Les pouvoirs publics et les établissements de services de santé commencent à adopter d'autres principes de fonctionnement. La nouvelle philosophie est basée sur une certaine ouverture et sur une certaine participation, sur une meilleure coordination, sur une plus grande intégration et une coopération plus étroite et les missions, les buts ainsi que les objectifs en fonction desquels l'efficacité et le rendement des politiques et des programmes seront évalués sont mieux définis.

L'évolution de la notion de santé est à la base du développement de nouveaux modèles plus complexes dans ce domaine ainsi que de meilleures méthodes de mesure et de contrôle de l'état de santé de la population. Les pouvoirs publics et les établissements médicaux sont forcés de s'adapter à ces éléments nouveaux que l'on décèle dans les attitudes, les attentes et les besoins de la population. L'élaboration d'autres modèles de participation constitue une des réactions positives à ces changements.

Au milieu de tous ces bouleversements, à un moment où l'on examine de nouvelles façons de procéder, on voit apparaître manifestement des valeurs contradictoires importantes qui entravent cette évolution. Ainsi, en tant que consommateurs, nous voulons avoir accès à toutes les interventions médicales possibles, mais en tant que contribuables, nous ne sommes pas disposés à payer les impôts nécessaires pour pouvoir mettre ces services et ces procédures à la portée de toute la population. Sur le plan social, la réalité veut qu'il faille s'imposer des restrictions économiques et financières, et notre capacité de continuer à offrir les différentes sortes de services de santé auxquels nous nous sommes habitués est compromise. Par ailleurs, sur le plan individuel, nous nous attendons à ce que le système nous "répare" lorsque nous tombons malades et à ce qu'il protège le milieu dans lequel nous vivons. Nous voulons par contre avoir la liberté de gérer notre capital-santé personnel et communautaire en dépit du bon sens. On dénote une autre contradiction entre le désir de voir nos ressources sanitaires soumises à un contrôle local ou celui de les soumettre à un contrôle central; alors que de plus en plus souvent, les recommandations faites à la suite des études prônent la décentralisation des responsabilités, le contrôle et la gestion des ressources demeurent très centralisés. Enfin, il existe une forte contradiction entre la nécessité de procéder à une réforme et la résistance continuelle que l'on oppose au changement. Des commissions importantes ont recommandé de donner une nouvelle orientation à la mission principale des services de santé, et pourtant, les agents qui sont le plus en mesure de changer le système (les professionnels, les établissements et les pouvoirs publics) sont souvent ceux qui résistent le plus au changement.

1.2 LE CADRE D'UNE RÉORIENTATION

Il est important de comprendre les changements et les paradoxes qui existent dans les transitions qui se produisent dans l'exécution des services de santé, car ils risquent de modifier notre approche à l'égard de la santé en fonction des modèles de rechange que les collectivités sont susceptibles d'adopter et d'appliquer. Au milieu de tout ce remue-ménage, deux grands courants se dessinent. Premièrement, on voit réapparaître dans la société un réseau de services non structurés et deuxièmement, on commence à ressentir la nécessité d'interventions axées sur la "santé".

Si nous définissons le réseau de santé comme l'ensemble de nos actes, de nos initiatives et des endroits où nous nous trouvons qui améliorent notre état de santé ou le maintiennent (au sens positif), la fonction première de ce réseau est de maintenir et d'améliorer notre état de santé personnel et collectif. La réapparition de certains soutiens sociaux, comme les groupes d'entraide et d'aide communautaire, l'appui des amis, de la famille, des voisins, les activités et l'éducation communautaires, est la belle preuve que ce réseau prend de plus en plus d'importance. La clé de ce réseau de la santé est la personne qui se prend en charge, tandis que dans le système traditionnel, la voie d'accès est la visite chez le médecin.

La dynamique du système des soins de santé diffère à bien des égards de celle du réseau de la santé. Le système des soins de santé est officiel, centralisé, organisé et il est basé principalement sur les interventions de professionnels. Le réseau de la santé, par contre, est un réseau "parallèle", décentralisé, non organisé, basé sur les interventions de la population.

Les deux systèmes sont nécessaires. Alors que le réseau de la santé a pour principal objectif d'améliorer l'état de santé, la principale raison d'être du système des services de santé est de soigner les malades. Leurs activités se complètent. En réalité, les dynamiques des deux systèmes (leurs limites et leurs activités) se chevauchent souvent et sont interactives. Les deux systèmes sont importants. Il semblerait qu'un des rôles essentiels des modèles communautaires viables de prestation des services de santé consiste à coordonner, à relier voire à intégrer ces deux systèmes.

Il y a un autre aspect important à envisager dans le contexte des modèles coopératifs et des services qui sont la propriété de, et administrés par les consommateurs: c'est la nécessité de faire des interventions basées sur le contexte de la santé. Si l'on définit celui-ci comme le milieu

physique et social dans lequel les gens vivent, travaillent et jouent, c'est un milieu sur lequel nous avons peu d'influence ou de contrôle direct à titre individuel. Il faut que le milieu soit régi par des politiques, des programmes et des initiatives des secteurs publics et privés. Si nous avons dorénavant la preuve, surtout depuis quelques dizaines d'années, que certains éléments du contexte de la santé jouent un rôle plus déterminant que le système des soins de santé, nous continuons (d'une manière générale) à avoir recours aux interventions des services de santé qui sont axées sur les personnes.

Dans le contexte de la santé, les interventions sont plutôt axées sur la collectivité ou la société que sur l'individu. Les structures familiales, l'éducation, les activités communautaires, un emploi intéressant, la qualité du milieu de travail, la densité de population dans les villes, la pollution qui affecte la collectivité, la pauvreté, la pénurie de logements, le chômage (et le sous-emploi), les réseaux d'entraide constituent des exemples de cet important contexte de la santé. Étant donné que ce sont les pouvoirs publics, les sociétés et les collectivités qui, par leurs politiques et leurs initiatives, créent et modifient le contexte de la santé, il faut tenir compte de ces éléments lorsqu'il s'agit de fixer le mandat et la gamme de services des différents modèles de coopératives de services de santé et de services qui sont la propriété de, et administrés par les consommateurs.

1.3 POSSIBILITÉS DE RECOURS DES COOPÉRATIVES DE SANTÉ ET DES SERVICES QUI SONT LA PROPRIÉTÉ DE, ET ADMINISTRÉS PAR LES CONSOMMATEURS : OBJECTIFS ET PORTÉE

Étant donné que le système des soins de santé se trouve dans une période de transition et qu'un certain nombre de changements nous font prendre de nouvelles orientations, si nous voulons que notre système soit utile et efficace, nous devrons trouver des moyens d'y intégrer de façon rentable et efficace toute une série de méthodes de prestation des services de santé. Il faudra probablement veiller à ce que les Canadiens puissent recevoir assez facilement des soins de qualité, car il s'agit là d'un principe moteur de la politique canadienne de la santé.

Rappelons que l'on reconnaît que les liens qui existent entre les ressources communautaires et les établissements de santé jouent un rôle crucial dans l'amélioration des services de santé. L'intégration des services offerts en établissement et des autres services médicaux aux services communautaires actuels et aux nouveaux services communautaires qui ne revêtent pas un caractère strictement médical fait l'objet de nombreux débats depuis une dizaine d'années au moins, surtout en ce qui concerne la prestation de services destinés aux enfants, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux handicapés mentaux. Dernièrement, nous avons constaté que la durée de séjour dans les hôpitaux avait tendance à diminuer et que l'on essayait de remplacer certains soins hospitaliers par des soins ambulatoires.

Pour pouvoir réaliser les changements nécessaires, il faut coordonner les services communautaires, institutionnels et sociaux qui tiennent compte des facteurs déterminants de la santé en général et les intégrer au niveau régional ou municipal. Ce réseau répondrait aux besoins locaux et il permettrait à la population d'avoir plus facilement accès aux services en leur offrant une certaine continuité (Manga and Muckle, 1986).

Lorsqu'on examine les différentes solutions viables en matière de services de santé, il faut baser sa décision sur des motifs d'ordre économique et sur d'autres considérations. Étant donné la dure réalité financière à laquelle ils sont confrontés, les pouvoirs publics s'efforcent de trouver des solutions moins coûteuses, ce qui ne veut pas nécessairement dire qu'il faille faire des compromis en matière de qualité des soins lorsqu'on adopte d'autres modes d'exécution. Comme on peut le constater avec le réseau de la santé (dont il a été question plus haut), une solution moins coûteuse est parfois préférable. Par ailleurs, si nous voulons arriver à réduire les inégalités, à faire plus de prévention et de promotion et à inciter les gens à prendre davantage leur santé en main tout en essayant d'atteindre l'objectif "la santé pour tous", nous devrons offrir une certaine

continuité en faisant preuve de souplesse afin de pouvoir apporter aux gens le soutien nécessaire sans provoquer de changements inutiles dans leur vie.

Il existe actuellement au Canada différents modèles de prestation des soins de santé qui permettraient d'offrir des services préventifs, primaires, secondaires et tertiaires complets ainsi que d'autres services sociaux pertinents à la place des systèmes médicaux et hospitaliers actuels. Une de ces solutions est la coopérative de services de santé. Tous ces services se heurtent à un certain nombre de difficultés de taille sur le plan de la santé ainsi que sur le plan structurel. Par ailleurs, à un moment où les pouvoirs publics envisagent sérieusement d'ajouter ces formules de rechange aux services actuels, on se pose des questions sur leurs caractéristiques, leurs avantages et leurs points faibles ainsi que sur leurs mérites relatifs et leur rentabilité.

Au début de 1990, l'Association des coopératives canadiennes, qui s'intéresse à la solution coopérative en matière de santé, a demandé certains projets d'études sur l'efficacité des coopératives de services de santé et sur les autres services de santé qui sont la propriété de, et administrés par les consommateurs. Les objectifs du projet consistent à :

* étudier la viabilité et l'efficacité de la prestation des soins de santé qui sont la propriété de, et administrés par des coopératives-consommateurs;
* préparer un rapport descriptif montrant dans quelle mesure les services de santé qui sont la propriété de, et administrés par des coopératives et par les consommateurs appliquent les lois nationales et provinciales ou territoriales sur la santé et respectent les priorités prévues dans ces législations.

Pour cela, nous avons examiné les principaux modèles de rechange de prestation des soins de santé et les résultats qui ont déjà été obtenus grâce à ces modèles. Nous avons examiné toute une série de documents publiés ou non, et nous avons interrogé plusieurs personnes très bien renseignées à ce sujet. Aussi, le présent rapport est divisé en différentes parties où nous faisons un examen critique de la documentation, une évaluation des modèles de prestation de rechange, un rapprochement entre les différents modèles de prestation des soins de santé et les objectifs et priorités des gouvernements et où nous expliquons pourquoi une réforme est nécessaire.

Il ne faut surtout pas oublier que toutes les tendances et pressions dont nous avons parlé constituent un défi énorme pour le système canadien des soins de santé, tant sur le plan structurel que sur le plan fonctionnel; on s'attend d'ailleurs à ce que la situation évolue dans ce sens pendant encore une dizaine d'années au moins. Selon le point de vue adopté, c'est-à-dire selon que l'on envisage la situation sous un angle pessimiste ou sous un angle optimiste, ces poussées peuvent susciter des problèmes tout en apportant des solutions, et elles peuvent constituer une aubaine ou une menace pour le système. Par ailleurs, ces pressions bouleversent les rôles traditionnels au sein de chaque groupe d'intervenants importants, ce qui entraîne l'apparition de nouveaux rôles. Pour ceux qui prennent les décisions dans le secteur des soins de santé, le défi consistera à profiter de ces tendances et de ces poussées pour adopter des politiques et des programmes efficaces.

CHAPITRE 2 : UN COUP D'OEIL RAPIDE SUR LES DOCUMENTS EMPIRIQUES

2.1 INTRODUCTION

Les études portant sur l'évaluation du rendement des systèmes de prestation des soins de santé qui sont la propriété de, et administrés par des coopératives-consommateurs sont rares, surtout les études comparatives où l'on examine le système de la pratique solitaire avec rémunération à l'acte. Le nombre d'études sur les systèmes de prestation des soins de santé analogues à maints égards au modèle de prise en charge par une coopérative ou par les consommateurs, comme les centres de services de santé communautaires, les organismes de services de santé, les CLSC et les organismes de promotion de la santé est plus élevé. Nous présentons ci-après les principales constatations qui ont été faites à la suite de ces études ainsi que les conclusions qui en ont été tirées. Nous n'avons pas l'intention d'entrer dans les détails au sujet du plan d'étude et des questions d'ordre méthodologique, à moins que ce ne soit strictement nécessaire pour pouvoir interpréter les résultats. Toute étude empirique dans ce domaine comporte certaines faiblesses méthodologiques, statistiques ou analytiques, ou doit se fonder sur des hypothèses, mais nous proposons dans ce rapport des constatations et des conclusions qui sont, à notre avis, défendables et justifiables.

2.2 CONSTATATIONS ET CONCLUSIONS COMPARATIVES IMPORTANTES

Les coopératives de services de santé, les centres de services de santé communautaires, les organismes qui sont la propriété de, et administrés par les consommateurs et les autres modèles de services de santé sont généralement rentables par rapport à la pratique médicale basée sur le système du paiement à l'acte. Nous n'avons pas vu une seule étude qui démontre le contraire.

Dans le cadre d'une étude basée sur une méthodologie solide, une évaluation des deux plus grandes cliniques communautaires de la Saskatchewan a été effectuée. Les coûts des services offerts aux 15 297 clients de ces cliniques communautaires ont été comparés aux coûts des services offerts à 15 287 clients de pratiques privées. On a choisi des groupes présentant des caractéristiques semblables quant à la région géographique, l'âge, le sexe, l'état matrimonial, l'importance de la famille, le type de famille, la situation d'assisté social et le statut d'Indien inscrit (visé par un traité) car elles sont susceptibles d'avoir une forte influence sur les différences d'utilisation des services de santé. Le coût total des services de santé par personne pour les malades des cliniques de Prince Albert était inférieur de 13 p. 100 au coût des services offerts aux clients des pratiques privées, et il était inférieur de 17 p. 100 pour les patients des cliniques de la province en général (Santé Saskatchewan, 1983, Tableau 26, 74). Nous ne pouvons pas résister à la tentation de signaler que si cette étude a été terminée en 1983, "le gouvernement a refusé obstinément d'en révéler les résultats. Finalement, à la fin de l'été 1989, suite aux nombreuses demandes des cliniques communautaires et... après que le sujet eut été abordé maintes et maintes fois à l'assemblée législative provinciale, le ministre de la Santé a autorité la publication du rapport" (Marwick, 1990, 8). Il s'agit là d'un incident révélateur, qui montre les controverses politiques, économiques et autres que suscite le rôle des coopératives de services de santé ou des centres de services de santé communautaires au Canada.

La principale raison de la rentabilité générale des cliniques communautaires, c'est que la clientèle de ces cliniques utilise beaucoup moins les installations hospitalières que la clientèle des praticiens rémunérés à l'acte. Il s'agit là de la constatation la plus fréquente et, du point de vue de la rentabilité des modèles de rechange de prestation des services, la plus importante et la plus irréfutable que l'on trouve dans les nombreuses études empiriques que nous avons analysées. Dans le système des services de santé en vigueur au Canada, "une utilisation moins fréquente des installations hospitalières est la principale cause d'accroissement de la rentabilité" (CHEPA,

1986, 3). Dans le système où l'on ne prévoit pas de paiement d'honoraires à l'acte (per capita, budgets fixes, traitements) on a pu constater maintes et maintes fois que le taux d'utilisation des installations hospitalières était inférieur de 10 à 40 p. 100 au taux d'utilisation des clients des médecins rémunérés à l'acte (Evans, 1984).

D'après l'étude faite en Saskatchewan dont il est question ci-dessus, pour les clients de la clinique de Prince Albert, le nombre de jours d'hospitalisation était inférieur de 23 p. 100 à celui des clients des pratiques privées; en ce qui concerne les renvois et la durée du séjour, la différence était respectivement de 10 et 15 p. 100 entre les deux. D'une façon générale, les frais d'hospitalisation dans cette clinique étaient inférieurs de 23 p. 100 aux frais d'hospitalisation d'un groupe comparable de clients de pratiques privées. En Saskatchewan, le nombre de jours d'hospitalisation des clients des cliniques de la province était inférieur de 31 p. 100 à celui des clients des pratiques privées; en ce qui concerne les renvois, la durée moyenne du séjour et les frais d'hospitalisation, la différence en faveur des cliniques était de 21 p. 100, de 9 p. 100 et de 30 p. 100 respectivement. C'est chez les hommes et les femmes de la plupart des groupes d'âge que le taux d'utilisation était le plus faible (Santé Saskatchewan, 1983, 72). Le nombre d'hospitalisations urgentes et moins urgentes était proportionnellement moins élevé pour les clients des cliniques (Santé Saskatchewan, 1983, 72). Compte tenu du vieillissement rapide de la population, il convient de signaler que c'est chez les personnes âgées, surtout celles de 65 ans et plus, que l'on remarque la plus forte différence dans l'utilisation des services hospitaliers (Santé Saskatchewan, 1983, 33). D'ailleurs, une étude ultérieure confirme ces constatations générales. D'après les données sur l'utilisation des services hospitaliers en 1984-1985 à Saskatoon, le taux d'utilisation des clients de la clinique était inférieur de 23 p. 100 à celui des clients des pratiques privées (Apland, 1989, 21-22).

Ces conclusions n'ont rien de nouveau pour la province de la Saskatchewan. Une étude antérieure qui portait sur les trois principales cliniques de la province, celles de Regina, de Saskatoon et de Prince Albert, a montré que le taux d'utilisation des services hospitaliers était toujours nettement inférieur pour les clients des cliniques par rapport aux malades qui se font soigner par d'autres médecins de la même localité. La différence, après normalisation pour l'âge et le sexe, était de 25 à 30 p. 100 pour le nombre de jours d'hospitalisation et de 13 à 23 p. 100 pour le nombre de renvois. Pour les usagers des cliniques, la durée du séjour était inférieure d'environ 5 p. 100. Le plus gros de la différence est dû à une proportion plus faible de renvois dans chaque localité. À la suite de cette étude, on a estimé que l'utilisation moins fréquente des services hospitaliers permettrait de réaliser des économies d'environ 15 p. 100 au niveau des frais d'hôpitaux (McPhee, 1983, 25). Les auteurs de cette étude ont également essayé d'expliquer ces différences et ils en ont conclu que "de par sa forme et par sa nature, la pratique médicale dans les cliniques entraînait une diminution du taux d'utilisation" (McPhee, 1973, 1). Autrement dit, cette étude n'a pas permis d'identifier un facteur spécifique comme le recours à des médecins généralistes par opposition à des spécialistes, l'université qui a décerné le diplôme, l'âge du médecin et ainsi de suite.

Ces observations sont confirmées par plusieurs études sur les centres de services de santé communautaires et sur les organismes de services de santé de l'Ontario. Pour la Sault-Ste-Marie Group Health Association, les frais sont inférieurs de 25 à 30 p. 100 par personne, après rajustement en fonction de l'âge et du sexe, par rapport aux frais entraînés par les clients des pratiques privées (Rachlis et Kushner, 1989). Les frais d'hôpitaux et le taux d'utilisation sont plus faibles à cause "des traitements ambulatoires, des possibilités de sorties plus rapides de l'hôpital, des services de chirurgie d'un jour et d'autres programmes (sociaux et de santé)", d'après M. Fred H. Griffith (discours préliminaire prononcé le 11 juin 1987). L'Association des Centres de Santé de l'Ontario a dit que le taux d'utilisation des services hospitaliers était plus bas depuis plusieurs années en ce qui concerne les centres de services de santé communautaires et les organismes de services de santé. Le taux d'utilisation des hôpitaux a été 20 p. 100 plus bas pour la clientèle de ces organismes que pour les autres habitants des mêmes localités, chaque année depuis 1984-1985 (AOHC, 1989, 1). "Chez les membres inscrits des organismes de services de santé com-

munautaires (HSO), le taux d'utilisation a été 30 p. 100 de moins que dans les autres cas. D'une façon générale, ce sont ces centres qui offraient l'éventail le plus large de services non médicaux. Dans le cas des centres de services dispensés par des médecins, le taux d'utilisation a été inférieur de 20 p. 100 et dans les unités de médecine familiale, où l'on a tendance à voir des personnes atteintes de maladies plus compliquées, le taux d'utilisation est inférieur de 10 p. 100" (AOHC, 1989, 2). Si les clients des HSO utilisent moins souvent les hôpitaux, c'est surtout parce que le nombre d'hospitalisations est proportionnellement plus faible. Il est inférieur de 15 p. 100 au nombre d'hospitalisations de malades ayant recours aux services de médecins rémunérés à l'acte alors que la durée moyenne du séjour n'est inférieure que de 5 p. 100 pour les malades des HSO. L'AOHC a expliqué de façon convaincante que cela représente des économies importantes pour l'avenir au niveau de l'utilisation et de la construction de lits. Il convient de signaler par ailleurs que le "taux d'utilisation des services hospitaliers diminue plus rapidement pour les HSO que pour les services où le paiement se fait à l'acte".

D'après des études antérieures effectuées en Ontario, les malades faisant partie de la Sault-Ste-Marie Group Health Association ont eu recours beaucoup moins souvent aux services hospitaliers que la clientèle des pratiques privées (Hastings et al, 1982; Mott et al, 1973; De Friese, 1979). On a fait des constatations analogues en ce qui concerne la clinique de St. Catherine bien que dans ce cas-ci, le taux d'utilisation plus faible soit dû davantage à une moins longue durée du séjour à l'hôpital qu'à un nombre d'entrées moins élevé. Signalons par ailleurs que pour les cliniques communautaires, le nombre d'hospitalisations y est plus bas que pour la clientèle des pratiques solitaires ou des pratiques collectives (Ruderman, 1974, i). À Ottawa, pour le Centre de santé Côte-de-Sable, le nombre de jours d'hospitalisation est 20 p. 100 plus bas que pour un établissement comparable de la région d'Ottawa-Carleton (Conlon, 1989, 12). Parmi les raisons avancées le plus souvent pour expliquer ce plus faible taux d'utilisation des services hospitaliers, il y a une détection et un traitement précoces de la maladie ainsi que l'intégration des services sociaux et de santé.

Aux États-Unis, il existe de nombreuses solutions de rechange à la pratique où la rémunération se fait à l'acte. Ces organismes desservent une proportion bien plus forte de la population que les centres de services de santé communautaires, les organismes de services de santé et autres organismes analogues au Canada. Signalons brièvement que chez les membres inscrits des pratiques collectives à paiement d'avance que constituent les organismes de promotion de la santé, le taux d'utilisation des services hospitaliers était inférieur de 35 p. 100 au taux d'utilisation des clients des services où la rémunération se fait à l'acte (Luft, 1981). Dans le cadre de la formule d'assurance-santé Rand, les organismes de promotion de la santé (HMO) ont obtenu des résultats encore meilleurs; le taux d'utilisation des services hospitaliers était inférieur de 40 p. 100 (Manning et al, 1984). Les différences beaucoup plus fortes que l'on constate aux États-Unis dans le cadre des HMO sont peut-être dues au fait que ces derniers sont incités davantage à économiser, que les populations desservies sont en meilleure santé, qu'ils offrent toute une gamme de services et qu'ils sont intégrés verticalement, contrairement à ce qui se passe dans les systèmes de rechange appliqués au Canada (Lomas and Stoddart, 1988).

Certes, une réduction de 10 p. 100 du taux d'utilisation des services hospitaliers ne se traduit pas par une baisse équivalente des frais d'hôpitaux. Barer (1981) a estimé qu'une réduction de 20 p. 100 du nombre de jours d'hospitalisation permet de réaliser une économie de 5 à 8 p. 100 sur les coûts hospitaliers. Une partie de la différence est due à la nécessité d'offrir davantage de services communautaires et ambulatoires. Une bonne partie de la différence est due au fait que, si le nombre de lits n'est pas réduit en fonction de la diminution du nombre d'entrées et du raccourcissement de la durée de séjour, un "lit vide" sera inévitablement occupé par d'autres patients. Ces économies ne sont pas insignifiantes, mais elles pourraient être accrues considérablement si, et peut-être seulement dans ce cas, les pouvoirs publics réduisaient la capacité des hôpitaux en proportion de la population. Autrement dit, la réduction du taux d'utilisation des services hospitaliers constatée jusqu'à présent a de fortes chances de permettre de ralentir à la longue l'augmentation des coûts hospitaliers.

Dans l'étude faite en Saskatchewan dont il a été question ci-dessus, on signale que les malades hospitalisés dans les cliniques de Saskatoon et de Prince Albert avaient moins souvent recours aux services de médecins généralistes et de spécialistes que les clients des médecins dont les services sont rémunérés à l'acte. Fait paradoxal, en raison des différentes hypothèses sur lesquelles l'étude s'est basée pour calculer le coût des services médicaux, on a pu constater que les clients des cliniques coûtaient davantage. À la clinique de Prince Albert, le coût était supérieur de 16 p. 100 et à celle de Saskatoon, de 20 p. 100 (Santé Saskatchewan, 1983, Tableau 5, 26). Dans ce rapport, on a dit également que "l'on ne pouvait pas accorder trop d'importance au nombre exact de services" (Santé Saskatchewan, 1983, 27). Dans l'étude de M. McPhee, on en est arrivé à la conclusion que le volume et le coût des services de médecins étaient analogues pour les malades recevant des services de cliniques et pour les autres patients de la même localité (McPhee, 1983, 30).

Nous signalons que les problèmes d'ordre méthodologique et statistique et les problèmes d'estimation des coûts qui se posent lorsqu'on veut comparer le degré d'utilisation des services dans les différents modèles de prestation sont pires pour les services de médecins que pour les autres services de santé. Hastings et al (1973) a éprouvé beaucoup de difficulté à déterminer le taux d'utilisation des services médicaux. Mott et al (1973) et De Friese (1974) ont obtenu des taux comparables dans le cadre de leurs études sur la Sault-Ste-Marie Group Health Association. Dans une récente analyse critique des ouvrages publiés à ce sujet, S. Birch et J. Lomas (1990) en sont arrivés à la conclusion suivante : "le nombre de services ambulatoires par patient (et) le coût total des soins ambulatoires... avaient de fortes chances d'être analogues" (Birch et Lomas, 1990, 5). On pourrait signaler qu'aux États-Unis, les patients des pratiques collectives avec système de paiement anticipé que constituent les HMO utilisent le même volume de soins ambulatoires que les clients des services où la rémunération se fait à l'acte (Luft, 1981; Manning et al, 1984).

Même si le coût des soins médicaux par malade était plus élevé pour les cliniques, conclusion avec laquelle nous ne sommes pas nécessairement d'accord, ce n'est pas un investissement considérable, compte tenu des économies bien plus grandes que ce système permettrait de réaliser au niveau des frais hospitaliers. Compte tenu du style adopté pour l'exercice de la médecine dans les centres de services de santé communautaires, il se peut que le coût par visite soit plus élevé que pour les services rémunérés à l'acte. Dans les cliniques communautaires, il se peut que certains services hospitaliers et autres soient remplacés par des services de médecins, même si on n'en a aucune preuve; nous le signalons pour tenter d'expliquer les résultats de l'étude faite en Saskatchewan.

Le nombre de patients est-il plus élevé dans les cliniques ou dans les organismes de services de santé que dans les services basés sur la rémunération à l'acte? On pourrait le supposer, mais la question n'est bien souvent pas abordée dans les études existantes. Lomas et Cushman (1984) ont fait plusieurs estimations du nombre de médecins par rapport au nombre de clients pour l'ensemble des HSO de l'Ontario pour 1982-1983, et ils ont constaté que ces organismes utilisaient 22 p. 100 de médecins généralistes et environ 40 p. 100 de spécialistes en moins que les autres. Les médecins des HSO desservent un plus grand nombre de lits et il faudrait donc moins de médecins s'il existait davantage de HSO en Ontario. Aux États-Unis, les médecins des HMO desservent davantage de patients (Manning et al, 1984; Steinwachs et al, 1986), ce qui tend à confirmer que dans les établissements où les services sont rémunérés à l'acte, le nombre de malades est plus élevé. La répartition inégale des médecins et leur nombre trop élevé dans les régions urbaines est un problème courant dans la plupart des régions du Canada, à qui contribue à faire diminuer le nombre de malades desservis et à faire augmenter le coût des services de santé. C'est également un obstacle à l'utilisation efficace de personnel paramédical moins coûteux.

À ce sujet, Mitchell (1984) a dit que les médecins rémunérés à l'acte étaient très inquiets de voir les membres d'autres professions de la santé marcher sur les plates-bandes des professionnels. Par contre, les cliniques communautaires de toutes les régions du pays sont parvenues à

avoir recours plus fréquemment et d'une manière plus efficace aux services des infirmières, des infirmières de première ligne, des sages-femmes, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des nutrionnistes (Kagis and Muckle, 1987, 32) et elles ont toujours adopté une approche pluridisciplinaire (Marwick, 1990). Dans une étude récente, Lomas et Abelson (1988) montrent que les HSO de l'Ontario sont davantage susceptibles d'engager une infirmière de première ligne que les médecins rémunérés à l'acte travaillant seuls ou en groupe. Ils montrent par ailleurs que les centres de santé communautaires ont davantage recours aux services de personnel paramédical que les HSO (et, bien sûr, que les médecins rémunérés à l'acte). Signalons que les centres de services de santé communautaires étaient davantage susceptibles d'engager des infirmières et des infirmières de première ligne pour les services de dépistage préventif. D'après une étude sur le Québec, il paraît que les médecins travaillant dans les CLSC étaient mieux disposés à travailler dans des équipes pluridisciplinaires que les autres médecins. Le remplacement de la main-d'oeuvre et, d'une façon générale, l'utilisation plus efficace des professionnels de la santé constituent un bon, sinon le meilleur, moyen, d'accroître la rentabilité du système des soins de santé. Il est possible de réduire les frais dans une proportion de pas moins de 40 p. 100 grâce à certaines formes de remplacement de la main-d'oeuvre (Evans, 1984). Étant donné que les services médicaux sont inévitablement des services à forte proportion de main-d'oeuvre, les centres de services de santé communautaires sont susceptibles d'accroître considérablement l'efficacité de la prestation des services de santé.

La plupart des études ne sont pas parvenues à tirer des conclusions définitives, voire provisoires, sur la qualité des soins donnés aux malades ayant recours aux différents modes de prestation. La qualité des soins est difficile à définir et jusqu'à présent, les systèmes de mesure opérationnelle sont peu nombreux et partiaux. Au cours d'une étude antérieure, De Friese (1975) a constaté que les femmes ayant recours aux services du centre de Sault-Ste-Marie avaient plus de chances de subir un examen général que les personnes s'adressant à des médecins rémunérés à l'acte. (Signalons en passant qu'un centre de santé pour les femmes est actuellement affilié à ce centre). D'après une étude du ministère de la Santé sur la qualité des soins dispensés pour six infections repères (services ambulatoires pour diabétiques, soins institutionnels donnés aux diabétiques, cholélithiase, infarctus du myocarde, soins donnés aux enfants en bonne santé et soins périnataux), le centre de St. Catherines offre de meilleurs services que les services médicaux basés sur la rémunération à l'acte (Birch et Lomas, 1990, 7). D'après plusieurs études, les CLSC québécois offrent de meilleurs services aux personnes ayant des maux de tête (Renaud et al, 1980), une immunisation plus complète aux enfants (Allard et al, 1985), de meilleurs services de dépistage du cancer (Battista, 1983) et de meilleurs services de prévention du cancer (Battista et al, 1986).

Les études sur la qualité des soins sont plus courantes et généralement plus rigoureuses aux États-Unis. D'après plusieurs études (Brook et al, 1982; Ware et al, 1986; Sloss et al, 1987), il n'existe aucune différence entre les HMO et les médecins rémunérés à l'acte. D'après plusieurs études, les HMO sans but lucratif ne font pas de compromis en matière de qualité de soin, en dépit de certaines allégations (Francis et al, 1984; Yelin et al, 1986). On ne possède par ailleurs aucune preuve que la qualité des soins offerts par les HSO ou par les centres de services de santé communautaires soit inférieure à celle des soins dispensés par les médecins rémunérés à l'acte. Les études dans lesquelles on compare la qualité des soins entre les différents modes de prestation sont très rares.

En Saskatchewan, d'après une étude sur l'utilisation du régime de distribution de médicaments d'ordonnance, les médecins des cliniques communautaires prescrivaient moins de médicaments et des médicaments moins coûteux aux personnes âgées que les médecins rémunérés à l'acte (Santé Saskatchewan, 1983, 73). Les clients de la clinique de Prince Albert avaient 8 p. 100 de moins et ceux de la clinique de Saskatoon 21 p. 100 de moins de médicaments vendus sur ordonnance que les clients des services privés. Par ailleurs, on dépensait 11 p. 100 (Prince Albert) et 21 p. 100 (Saskatoon) de moins pour les médicaments vendus sur ordonnance dans les cliniques que dans les pratiques privées (Santé Saskatchewan, 1983, Tableau 28, 75) Le

fait de prescrire moins de médicaments ou des médicaments choisis plus judicieusement et moins coûteux, surtout aux personnes âgées, présente des avantages à la fois sur le plan de la santé et sur le plan économique, compte des inquiétudes que suscite actuellement l'augmentation du prix et la consommation irréfléchie de produits pharmaceutiques.

On prétend par ailleurs que les cliniques communautaires offrent d'autres avantages sur le plan de l'efficacité. Ainsi, "les services externes et les services de soutien (rayons-X, laboratoire, physiothérapie, etc.) offerts par les cliniques communautaires peuvent être beaucoup moins coûteux que les mêmes services offerts dans les hôpitaux. La rentabilité des cliniques communautaires à cet égard a été démontrée bien souvent dans les nombreuses études effectuées par les gouvernements et par les cliniques proprement dites" (The Community Health Co-operative Federation, 1987, 7).

On n'a, à notre connaissance, pas encore essayé de faire une étude comparative du coût relatif de la prestation de services des urgences par l'entremise des cliniques communautaires, des HSO, des CLSC d'une part et des hôpitaux d'autre part. Une étude de ce genre serait extrêmement intéressante, compte tenu des inquiétudes que suscite actuellement le recours abusif aux services des urgences, l'augmentation des frais et le fait que certains services fassent double emploi. La possibilité que les cliniques soient plus accessibles, et qu'elles permettent de réduire les frais et de rationaliser les services des urgences a été évoquée (Kagis et Muckle, 1987).

Les centres de services de santé communautaires présentent un avantage très net sur les modes de prestation basés sur la rémunération à l'acte pour ce qui est des services de prévention et de promotion de la santé. Voici quelques exemples, à titre indicatif. Le Centre de santé Côte-de-Sable d'Ottawa a un programme d'ergothérapie. Le South Riverdale Community Health Centre de Toronto a contribué largement au nettoyage efficace d'une zone polluée par le plomb. La clinique de Saskatoon a produit et diffusé un dépliant intitulé "Staying Healthy: A Preventive Health Maintenance Package for Women 45 to 64 Years (Rester en bonne santé : Mesures préventives à l'intention des femmes âgées de 45 à 64 ans)". Elle a ensuite mis en oeuvre un programme d'extension pour les femmes issues des couches plus modestes de la société (Apland, 1989, 16). Bien des centres de services de santé communautaires offrent des cours prénataux; ont des programmes d'autonomie pour les personnes âgées; expliquent comment surmonter le stress; offrent de la documentation sur toute une série de problèmes de santé et notamment sur la limitation des naissances, à l'intention des adolescents; offrent des services consultatifs aux victimes de violence familiale et d'agressions sexuelles; ont des programmes de dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus; ont des programmes préventifs et éducatifs sur la toxicomanie et l'alcoolisme; et mettent des conseillers et des travailleurs sociaux à la disposition des handicapés mentaux et des personnes handicapées. Certaines cliniques ont également d'autres programmes s'adressant aux personnes âgées, aux populations rurales, aux populations autochtones, aux femmes, ainsi qu'aux immigrants ou aux groupes ethniques.

En Ontario, les centres de services de santé communautaires et les HSO sont davantage susceptibles de prévoir des rappels pour le test de Pap et pour les immunisations que les médecins rémunérés à l'acte (Lomas et Abelson, 1989; Vayda, 1988). Les médecins travaillant pour les HSO et pour les centres de services de santé communautaires ont reconnu que la façon dont ils sont rémunérés (per capita, salaire) favorisait la prestation de services préventifs. Les médecins rémunérés à l'acte trouvaient que les tarifs ne les encourageaient pas à offrir de tels services (Lomas et Abelson, 1989). Au Québec, il paraît que les CLSC offrent des systèmes de dépistage du cancer plus judicieux et plus efficaces (Battista et al, 1986; Battista, 1983) et une gamme plus complète de services d'immunisation contre les maladies d'enfant (Allard, 1985). Aux États-Unis, Manning et al (1984) ont constaté que les clients des HMO recevaient davantage de services préventifs que les clients des médecins rémunérés à l'acte.

Tout comme en ce qui concerne la qualité des soins, les comparaisons concernant le degré de satisfaction des clients des différents modèles de prestation de soins de santé sont peu

fréquentes et lorsqu'il y en a, elles ne sont pas concluantes ni absolument claires. D'une façon générale, d'après l'étude sur la Saskatchewan à laquelle nous avons déjà fait fréquemment allusion, il existe peu de différence entre le degré de satisfaction des clients des cliniques et celui des clients des médecins rémunérés à l'acte (Santé Saskatchewan, 1983, 79-80). Une autre série d'observations a donné des résultats ambigus pour les cliniques de cette province. "Quatre-vingt-neuf pour cent des membres du centre de services de santé (clinique) ayant participé à un sondage récent ont jugé que les services offerts par ce centre étaient bons ou excellents et 20 nouveaux patients sur 23 ont décidé de demeurer clients du centre" (Kettilson, 1985, 37). Ces chiffres ne veulent pas dire grand-chose pour la bonne raison qu'il n'existe pas de comparaison avec la clientèle des médecins rémunérés à l'acte. Kettilson (1985, 37) dit également que "le taux de roulement élevé chez les médecins est une source de mécontentement". Mott et al (9173) et De Friese (1975) prétendent que les patients sont moins susceptibles d'avoir le même médecin pour toutes les phases du traitement que les clients des pratiques privées. Par contre, les clients des cliniques avaient des chances d'être plus satisfaits et d'avoir à attendre moins longtemps pour pouvoir consulter un médecin, ils avaient plus de facilité pour les analyses de laboratoire ou pour les rayons-X, ainsi que pour le stationnement et d'autres besoins logistiques. D'après ce qui précède, il semblerait que sauf pour ce qui est de la possibilité de voir le même médecin, les cliniques communautaires offrent certains services dont leurs clients sont relativement satisfaits. Si les cliniques communautaires réduisaient le roulement chez les médecins, ce qui a plus de chances d'arriver maintenant qu'autrefois, le seul aspect des services dont leurs clients sont moins satisfaits que ceux des cabinets privés, pourrait disparaître. Il ne faut pas exagérer toutefois ni surestimer ce problème. Après tout, il est compensé par les heures d'ouverture plus favorables des cliniques ainsi que par une plus grande facilité d'aiguillage vers d'autres spécialistes.

Il existe très peu de données empiriques sur le degré de participation des malades ou sur leur collaboration dans le cadre des soins qu'ils reçoivent. D'après une étude concernant le Québec, les médecins des CLSC étaient davantage en faveur de la collaboration de leurs patients que les médecins rémunérés à l'acte. On ne connaît pas toutefois l'opinion des malades qui est pourtant plus valable et plus intéressante. Étant donné les principes fondamentaux et la doctrine sur lesquels reposent les cliniques communautaires, et compte tenu du fait qu'elles s'attachent à éduquer le malade, à offrir des services aux groupes marginalisés ou défavorisés, à croire dans l'efficacité des soins de santé holistiques et à être en faveur de la décentralisation de la médecine, on s'attendrait à ce que la participation des consommateurs soit plus forte dans les cliniques que dans les pratiques privées. Nous n'en avons toutefois aucune preuve d'après les études empiriques, et nous n'avons aucune preuve du contraire non plus.

Pour ce qui est de la participation de la collectivité à la planification, à la gestion, à l'administration ainsi qu'à l'établissement des priorités, on ne veut pas faire de comparaison entre les cliniques coopératives ou communautaires et les services basés sur la rémunération à l'acte. Pour ces derniers, une telle participation n'est pas pratique ou la question ne se pose même pas en raison de l'organisation et de la nature même des cabinets indépendants et autonomes. La plupart des centres de services de santé communautaires sont qui sont la propriété de, et gérés par un conseil communautaire sans but lucratif constitué en société qui doit directement rendre compte au public. Très peu de HSO sont administrés par des conseils communautaires. Le rôle de ces conseils consiste notamment à nommer le coordonnateur général (ou le directeur), à préparer l'énoncé de mission et à fixer les buts et les objectifs du centre ainsi qu'à établir ses politiques et ses priorités. Sa fonction la plus importante consiste à diriger le centre de façon à ce qu'il réponde aux besoins et aux attentes de la communauté. Ces conseils se sont efforcés d'être très représentatifs de la collectivité qu'ils desservent. Dans les centres où le conseil d'administration est élu par les membres, il existe de toute évidence un mécanisme officiel de participation du public à la prise de décisions. Dans la plupart des centres, ce sont en fin de compte les groupes de médecins qui prennent les décisions relatives à l'exercice de la médecine, et il n'est pas rare que des conflits surgissent entre les conseils communautaires et les médecins (Kettilson, 1985). Les conseils communautaires ont effectivement des prises de bec avec les médecins et avec les hommes politiques de la région et de la province; ils sont parfois un peu

hargneux, ce qui n'est pas toujours mauvais, et ils peuvent représenter plus ou moins bien les intérêts de la collectivité et les différentes couches de la population (Young, 1975; Lomas, 1985; Leseman, 1981; Godbout, 1981). Les centres de services de santé communautaires permettent au public ou aux consommateurs d'exercer une influence plus efficace et plus directe que tout autre mode de prestation des services de santé. Grâce à la participation de la collectivité, ce système a plus de chances d'offrir des services qui répondent aux véritables besoins de la clientèle, identifiés par elle. Dans certaines provinces, c'est une certitude, car une évaluation des besoins est nécessaire pour que le gouvernement approuve la création de nouveaux centres de services de santé communautaires. Les centres de santé communautaires permettent d'accorder une plus grande importance aux droits démocratiques et aux droits des malades dans des domaines comme l'administration, la planification et les politiques de la santé.

Il existe des possibilités de réaliser des économies dans l'administration des organismes de prestation des soins de santé. La plupart des centres de services de santé communautaires du Canada sont gérés par des administrateurs professionnels ayant suivi des cours d'administration commerciale ou d'administration de services de santé, même si c'est rare dans les HSO ou dans les autres pratiques solitaires ou de groupe où les services sont dispensés par des médecins rémunérés à l'acte. En Ontario, seulement deux centres de services dispensés par des médecins sur plus de trente sont gérés par des administrateurs professionnels (Conlon, 1989, 13). Au cours d'un récent atelier d'orientation sur l'état des modèles de prestation de rechange au Canada, on a signalé que "l'importance de l'organisation de la gestion interne des autres modes de prestation ne devait pas être sous-estimée, même s'il est difficile de savoir exactement dans quelle mesure elle contribue à accroître la rentabilité... et parmi les éléments que l'on retrouve dans cette organisation, il y a des mécanismes d'examen par les confrères, des systèmes informatiques de gestion, des lignes directrices cliniques et le recours à... des spécialistes de la gestion qui ne sont pas des cliniciens" (Lomas et Stoddart, 1986, 3). Nous signalons que ces éléments sont tout bonnement inexistants ou qu'ils sont inapplicables dans les services privés basés sur la rémunération à l'acte.

La motivation engendrée par la méthode de rémunération des médecins constitue une des différences les plus marquantes qui existent entre les différents modes de prestation de services. Il existe une foule d'ouvrages consacrés à la question des mérites relatifs de la rémunération per capita, du nombre de clients, du traitement et du paiement à l'acte. Au Canada comme à l'étranger, il existe de nombreuses preuves empiriques de l'effet des différentes méthodes de remboursement des médecins que nous nous abstiendrons de citer ou d'exposer pour l'instant. Les études faites par les Canadiens Evans (1981) et Barer et al (1981) suffisent. Ces études ainsi que d'autres contiennent de nombreuses comparaisons pertinentes à ce sujet. La conclusion qui revient le plus souvent à la suite de plusieurs évaluations critiques de ces publications, c'est que la formule de rémunération des médecins per capita les incite à utiliser plus efficacement les ressources et que la méthode de rémunération à l'acte les incite au contraire à offrir trop de services à leurs patients (visites et hospitalisations inutiles, services plus intensifs, nombre excessif d'aiguillages vers des confrères, partage des patients). Ces différences s'accentuent encore davantage dans le contexte de systèmes universels comme l'assurance-maladie du Canada, voire d'un excédent relatif de médecins. La méthode de la rémunération à l'acte nous empêche par ailleurs d'avoir recours pour certains services à d'autres travailleurs paramédicaux. Le fait que les coopératives de services de santé et les centres de services de santé communautaires insistent sur la méthode de rémunération par salaire ou per capita et le fait que l'on ait recours à des équipes pluridisciplinaires pour la prestation du service sont étroitement reliés; c'est d'ailleurs une nécessité. À ces avantages viennent s'ajouter les répercussions sociales et politiques des négociations souvent pénibles et amères portant sur les changements de tarifs, les menaces voire le déclenchement de grèves par les médecins rémunérés à l'acte, ainsi que la difficulté qu'éprouve le gouvernement à limiter le coût des médecins et à disposer d'un nombre suffisant de médecins soigneusement répartis dans toutes les régions du pays.

Par contre, la budgétisation et par conséquent le contrôle des coûts des centres de services de santé communautaires sont relativement moins problématiques et offrent de nombreux avantages. Les budgets sont négociés et le gouvernement connaît le coût des soins (contrairement à ce qui se passe dans le système de rémunération à l'acte). Ce sont habituellement les centres qui absorbent les services supplémentaires offerts dans le courant de l'année. La collaboration généralement étroite dont font preuve les centres et le fait qu'ils répondent aux demandes de renseignements du gouvernement facilitent non seulement la budgétisation mais aussi le processus de planification. Un système informatique de gestion est relativement facile à mettre en oeuvre dans les centres de services de santé communautaires, ce qui devrait faciliter le contrôle des coûts et l'utilisation. La rentabilité des programmes mis en oeuvre par l'intermédiaire des centres peut être contrôlée et évaluée. Contrairement à ce qui se passe pour les services basés sur la rémunération à l'acte, la vérification est une pratique admise dans les centres de services de santé communautaires, ce qui devrait faciliter la planification et l'évaluation de l'utilisation des ressources faites par les centres. Non seulement les centres de services de santé communautaires ne s'opposent-ils pas à l'évaluation de leurs programmes et de leurs services, mais ils encouragent le gouvernement provincial à adopter certains critères pour évaluation de programmes, de budgétisation et d'affectation des ressources.

Apland (1989) a signalé qu'au Canada, de nombreuses commissions d'enquête ont recommandé une participation plus active des consommateurs et une certaine décentralisation. Il s'agit là d'objectifs qui sont souvent recommandés et qui semblent raisonnables dans une politique de la santé et dans l'organisation des soins de santé. La rationalisation des services de santé, et surtout des services hospitaliers et services institutionnels connexes demeure un objectif important mais vague. Il est possible de décentraliser la planification, l'administration et la prestation des services de santé (Manga et Muckle, 1986; Rachlis et Kushner, 1989). Apland (1989, 8) répond que "le modèle coopératif est décentralisé et implique une prise en charge par la collectivité" (les guillemets se trouvent dans l'original). Les centres de services de santé communautaires du Canada ont montré qu'ils voulaient participer à la planification régionale et communautaire et ils ont essayé de contribuer à la rationalisation du secteur non institutionnel. Ils sont nettement en faveur des conseils sanitaires de district (ou d'autres organismes de planification analogues dans d'autres provinces), des conseils de planification sociale ou d'autres organismes de planification locaux et régionaux.

Ce dernier point nous amène à faire une autre distinction importante entre les coopératives de services de santé ou les centres de services de santé communautaires et les autres modèles de prestation des services de santé. Les centres de services de santé communautaires ont la réputation d'offrir toute une gamme de services non médicaux qui constituent un mécanisme naturel d'intégration des services sociaux et de santé dont a besoin une proportion de plus en plus grande de la population. Si la politique de désinstitutionnalisation a échoué dans plusieurs provinces, c'est surtout à cause de l'absence de services communautaires intégrés. Pratiquement tous les centres ou CLSC peuvent réaliser une certaine intégration en fonction des besoins de la collectivité qu'ils desservent. Les HSO n'essayent pas beaucoup de réaliser l'intégration souhaitée et les médecins rémunérés à l'acte font encore moins d'efforts dans ce sens, s'ils en font. Pour les coopératives de services de santé et les centres de services de santé communautaires, l'intégration des services sociaux et de santé (ainsi que d'autres services nécessaires comme des services de logement, des services éducatifs et des services juridiques) cadre bien avec leur tendance à adopter une attitude plus holistique à l'égard de la santé au lieu de se contenter d'adhérer à un modèle médical; avec les efforts qu'ils déploient pour faciliter l'accès aux services à des groupes de personnes défavorisées et marginalisées; et avec le fait qu'ils s'adressent principalement, mais pas exclusivement, aux couches de la population qui ont besoin de services intégrés ou de toute une gamme de services qu'elles ne peuvent pas obtenir facilement ou qui ne sont pas aisément accessibles par l'intermédiaire des autres modèles de prestation des services de santé. Tous les centres de services de santé communautaires pratiquent la création de réseaux communautaires et participent aux activités de bien d'autres organismes qui offrent des services sociaux ou de santé. Ainsi, la Community Health Services Association (Regina) Ltd.

participe aux activités de plus de 20 organismes (1989, 6-7). La gamme impressionnante de services de traitement, de promotion de la santé et de prévention qu'ils offrent constitue une preuve supplémentaire du niveau et de l'étendue de l'intégration réalisée par ces centres. Leur vocation première, qui consiste à offrir des soins de santé, est, bien sûr, manifeste et justifiée. L'intégration croissante des services de santé à d'autres services dans les centres de santé communautaires est due à leur esprit d'innovation et à la nature de leur mission, qui consiste à permettre à certaines couches de la société qui ne sont pas nécessairement bien desservies par les autres modèles de prestation de services médicaux d'avoir plus facilement accès aux services sociaux et de santé de base. L'esprit d'innovation dont les centres de services de santé communautaires font preuve, l'accès plus facile aux services et l'intégration des services sociaux et de santé et d'autres services communautaires forment un ensemble de services que les autres modèles de prestation des soins de santé ne peuvent pas offrir ou qu'ils ne sont peut-être même pas disposés à offrir.

L'esprit innovateur des coopératives de services de santé et des centres de services de santé communautaires a été démontré par plusieurs associations provinciales qui les représentent dans les mémoires qu'elles ont présentés aux nouvelles commissions d'enquête chargées d'examiner certaines réformes utiles du système des soins de santé et de la politique de la santé. Le Prince Albert Co-operative Health Centre offre des services d'infirmières à domicile à ses clients âgés. Il pratique également des interventions chirurgicales légères. Les cliniques communautaires de Regina et de Saskatoon ont expérimenté un programme de chiropodie parce qu'il y avait une forte demande pour les soins podiatriques, surtout chez les personnes âgées, qui n'étaient pas encore couverts par les régimes d'assurance-maladie actuels. Grâce au succès de cette expérience, un programme provincial de chiropodie a été mis en oeuvre en 1984. Le programme de distribution de médicaments lancé à la clinique communautaire de Saskatoon à cause des inquiétudes exprimées par les malades au sujet du prix des médicaments est un exemple encore plus frappant d'innovation. Ce programme permettait aux patients d'obtenir des médicaments de qualité au prix coûtant plus un petit droit de distribution. Cette expérience a donné naissance au régime de distribution de médicaments d'ordonnance de la Saskatchewan. Au Québec, comme on l'a déjà signalé, les CLSC ont bien organisé les programmes de dépistage du cancer. Un centre de services de santé communautaires d'Ottawa a créé un programme d'ergothérapie. Winnipeg, le Health Action Centre a un programme hospitalier gériatrique de jour. À Halifax, la North End Community Clinic offre des services de soins dentaires à ses membres. Plusieurs cliniques ont des programmes qui s'adressent à la population des régions contiguës, soit à la population des campagnes environnantes ou à celle de différents quartiers de la ville. On pourrait citer également de nombreux autres exemples de programmes originaux pour les personnes âgées, les femmes, les adolescents, les minorités ethniques et les économiquement faibles. L'esprit d'innovation dérive du principe fondamental sur lequel reposent les centres de services de santé communautaires, savoir qu'une clinique communautaire démocratique a plus de chances de répondre aux besoins de ses membres et surtout, mais pas uniquement, aux besoins auxquels les autres sources de soins ne répondent pas.

On peut en déduire par conséquent que les coopératives de services de santé et les centres de services de santé communautaires sont susceptibles de permettre à certaines couches de la population qui recevraient des soins insuffisants, voire inappropriés, d'avoir accès à un plus grand nombre et à une gamme plus large de services. Les centres ont généralement la réputation de faciliter l'accès aux services sociaux et de santé aux minorités ethniques, aux pauvres, aux immigrants, aux autochtones et aux autres groupes socio-économiques défavorisés. En Saskatchewan, les cliniques ont nettement facilité l'accès aux services pour les populations rurales (The Community Health Co-operative Federation, 1989). La plupart des centres de toutes les régions du Canada ont répondu aux besoins sociaux et de santé des personnes âgées, et on peut dire que bon nombre d'entre eux "ont créé de nombreux programmes et services destinés aux personnes âgées" (Marwick, 1990, 11). La même réflexion est valable en ce qui concerne les services sociaux et de santé destinés aux femmes. L'existence des centres de santé pour femmes, comme celui de Winnipeg ou de Sault-Sainte-Marie ou comme ceux du Québec ne démentent

pas ce jugement. Les centres de santé pour femmes sont basés sur une orientation analogue vers les services sociaux et de santé, leur organisation repose sur des principes comme la participation de la collectivité et des patients, ils adoptent des méthodes de rémunération qui ne sont pas basées sur l'acte médical et on y insiste sur le travail en équipes pluridisciplinaires et sur le caractère non lucratif (Harris, 1989). Ces centres ont été créés à cause du mécontentement suscité par les services de santé officiels courants pour femmes (Edginton, 1989; Dubois, 1988; Hancock, 1987; Simmons et al, 1984). Le fait que les centres de services de santé communautaires soient parvenus à faciliter l'accès aux personnes qui ne sont pas bien servies par les autres systèmes de prestation a eu une conséquence malheureuse et paradoxale. Ces centres ont un problème "d'image" et ils sont souvent considérés comme un "refuge des pauvres". Ils ne sont pas souvent considérés comme une formule de rechange de prestation de soins de santé primaires par la majorité des citoyens qui font partie de la classe moyenne ou de la classe riche. Ce n'est absolument pas la seule ni la principale raison pour laquelle les coopératives de services de santé ou les centres de services de santé communautaires ne se multiplient pas rapidement. Nous aborderons cette question au Chapitre 4.

CHAPITRE 3 : ÉVALUATION DES AUTRES MODÈLES DE PRESTATION

3.1 INTRODUCTION

Si le Canada peut être fier de lui en ce qui concerne la prestation des services de soins de santé, on se rend de plus en plus vite compte que notre système de services hospitaliers et médicaux *extrêmement réputé comporte certaines faiblesses, notamment qu'il n'a pas de bases* sociales suffisantes, qu'il accorde peu de place à la prévention des maladies et à la promotion de la santé, et qu'il fait un usage abusif des lits réservés aux patients atteints de maladies aiguës. Nous nous heurtons à certaines pressions et à certaines difficultés dues notamment au vieillissement de la population, à des problèmes de diffusion des technologies, au manque de disponibilité et à la mauvaise répartition des professionnels de la santé, à l'évolution des problèmes de santé, aux attentes du public, aux problèmes de financement ainsi qu'à des questions d'organisation et au système de remboursement.

Dans notre système actuel, il n'y a pas suffisamment de liens entre les différents éléments et les dispensateurs des soins de santé qui permettraient d'offrir des services intégrés et coordonnés. Par conséquent, un nombre inutilement élevé de personnes finissent par recevoir des soins pour maladies aiguës pour des problèmes qui pourraient être réglés de façon plus rentable et plus efficace ailleurs.

Les différentes pressions financières, organisationnelles, sociales et politiques qui se manifestent depuis quelques années ont obligé bien des provinces à analyser la rentabilité et l'efficacité des soins de santé. Ces études provinciales présentent de nombreux traits communs tant pour ce qui est des problèmes identifiés qu'en ce qui concerne les stratégies générales qui sont recommandées pour adapter notre système des soins de santé aux besoins du siècle prochain; ces stratégies sont d'ailleurs appliquées dans bien des provinces. On est en train de réorganiser le système, de planifier et de chercher des modes originaux de financement d'une façon remarquable. Ces réformes sont motivées par le souci de rééquilibrer et de réorienter le système dans trois directions importantes : tendance à insister davantage sur la prévention de la maladie et sur la promotion de la santé, recherche de modèles de rechange basés sur la participation communautaire et responsabilité accrue.

C'est une chose de recommander de réorganiser le système actuel et de dire que dorénavant la planification et la prestation des services de santé devront être différentes de ce qu'elles étaient. C'est, par contre, une toute autre affaire, de déterminer quelle(s) solution(s) de rechange permettrait(ent) de répondre aux besoins de la population et aux exigences actuelles (et prévues) des décideurs d'une façon rentable et efficace. Selon les facteurs, il existe plusieurs modèles de prestation des soins de santé qui permettraient de répondre de façon satisfaisante à plusieurs attentes importantes. Dans le présent chapitre, nous examinerons différents "modèles" en fonction de plusieurs critères essentiels dont les politiques et les priorités gouvernementales, les besoins et les attentes de la population et la qualité des soins sont parmi les plus importants. Le souci de rentabilité, d'efficacité et d'équité va de pair avec cette réorientation.

Puisqu'une des caractéristiques et priorités politiques importantes consiste à tendre vers un réseau de services communautaires, de services qui sont la propriété de, et administrés par les consommateurs et de coopératives, les différents modèles exposés ci-après sont groupés en trois grandes catégories : participation communautaire, quasi-participation communautaire et participation communautaire minime. Les modèles proposés dans chacune de ces catégories sont examinés, évalués et comparés aux coopératives de services de santé (COOP) sous les angles suivants : aspects touchant à l'organisation et à la gestion (y compris l'ampleur et la nature de la participation des consommateurs et les mesures de financement), gamme des services offerts, facilité d'accès, qualité des soins, rendement économique (y compris les taux d'utilisation,

rentabilité et efficacité) et efficacité de la mise en oeuvre compte tenu des politiques et des priorités gouvernementales.

3.2 APERÇU GÉNÉRAL

Dans cette section, nous donnons un aperçu des points forts et des points faibles des différents modèles de prestation des soins de santé (ces renseignements sont exposés au Tableau 1). Pour chacun des principaux critères, nous essayons de "porter un jugement" sur chacun des modèles comparativement à celui des coopératives de services de santé (COOP). Dans les sections qui suivent le tableau, ces caractéristiques sont exposées de façon plus détaillée.

Tableau 1 :Synthèse des critères attribuables aux modèles de rechange de prestation des soins de santé

	Modèles de participation communautaire			
Critères	CHC	CLSC	OSIS	COOP
A. Organisation et gestion	M	M	–	M-G
Participation communautaire	M	M	–	M-G
Souplesse au niveau du financement	M-G	M	M	M
B. Gamme des services	M-G	M-G	M	M-G
C. Facilité d'accès	M	M	–	M
D. Qualité des soins	M-G	M-G	–	M
E. Rendement économique	M-G	M	M	M-G
F. Efficacité de la mise en oeuvre	M	M	–	M-G
Réorientation du système	M-G	M-G	M-G	M-G
Liens	M	M	–	M
Intervention de la communauté	M	M	–	M-G

Légende : (G) Grand, (M) Moyen, (F) Faible, (– -) Aucun jugement possible

Tableau 1 :Synthèse des critères attribuables aux modèles de rechange de prestation des soins de santé

	Modèles de participation communautaire			
Critères	HSO*	HMO	CHO	MULTIS
A. Organisation et gestion	F-M	M	F	F-M
Participation communautaire	F	F-M	F	F-M
Souplesse au niveau du financement	M-G	M-G	M-G	M-G
B. Gamme des services	F	M	F-M	F-M
C. Facilité d'accès	F-M	F-M	F-M	M
D. Qualité des soins	F-M	–	F-M	–
E. Rendement économique	M-G	–	M-G	–
F. Efficacité de la mise en oeuvre				
Réorientation du système	M-G	M-G	M-G	M-G
Liens	M	M	M	F-M
Intervention de la communauté	F	F-M	F	F-M

* Si la plupart des HSO sont basés sur une "quasi-participation", il y en a trois qui pourraient facilement être classés dans la catégorie de la participation communautaire. Beaucoup pourraient être classés dans la catégorie "participation minime".

Tableau 1 :Synthèse des critères attribuables aux modèles de rechange de prestation des soins de santé

	Modèles de participation communautaire	
Critères	HOSP	PHYS
A. Organisation et gestion	F-M	F
Participation communautaire	F	F
Souplesse au niveau du financement	M	F
B. Gamme des services	F-M	F
C. Facilité d'accès	F-M	F
D. Qualité des soins	F-M	F
E. Rendement économique	F-M	F
F. Efficacité de la mise en oeuvre		
Réorientation du système	F	F
Liens	M	F-M
Intervention de la communauté	F-M	F

Légende : (G) Grand, (M) Moyen, (F) Faible, (—) Aucun jugement possible

3.3 LES CRITÈRES ET LES MODÈLES

Section I Aspects ayant trait à l'organisation et à la gestion

I.a Modèles de participation communautaire

Dans ce groupe de modèles, nous avons inclus les centres de services de santé communautaires (CHC), les centres locaux de services communautaires (les CLSC du Québec), les organismes de soins intégrés de santé (les OSIS du Québec) ainsi que les coopératives de services de santé (COOP). Tous les modèles classés dans cette catégorie impliquent d'une façon ou d'une autre la participation communautaire. Le centre de services de santé communautaires (CHC) est qui sont la propriété de, et administrés par des représentants ou par des groupes établis dans la communauté. Celle-ci est d'habitude une zone précise desservie par le centre. Le CHC est géré par un conseil d'administration dont les membres sont élus et au sein duquel la clientèle est généralement représentée. Un des atouts manifestes du CHC, c'est le rôle que joue le conseil d'administration dans le contrôle communautaire et la conception des programmes.

Les centres locaux de services communautaires (CLSC) du Québec sont des organismes qui sont la propriété du gouvernement, mais ils sont gérés par un conseil d'administration qui comprend deux représentants du "ministère" et cinq représentants élus de la collectivité. Dans ce cas-ci, la collectivité désigne une zone géographique ou une région restreinte. Un des points forts de ce modèle, qui est plus théorique que réel, c'est qu'il favorise la participation communautaire à la direction et à la gestion du CLSC. Les organismes de soins intégrés de santé (OSIS) sont une autre initiative québécoise qui en est encore à ses débuts. Les OSIS sont essentiellement pris en charge par un établissement, un groupe d'établissements, des cabinets et des polycliniques privés et ils sont gérés par un conseil d'administration. La participation communautaire se ferait grâce à des membres de la collectivité qui s'inscrivent de leur plein gré. Pour le moment, on ne sait pas encore quel serait le degré de participation des représentants de la collectivité au sein du conseil d'administration. Il faut "encourager" la participation de la communauté, ce qui est très différent de la ferme volonté de participation communautaire qui se manifeste dans les CHC et certainement dans les COOP.

Dans le modèle de la coopérative de services de santé (COOP), l'administration se fait selon le modèle coopératif, c'est-à-dire que les membres sont à la fois les utilisateurs des services et les agents qui déterminent quels services seront offerts. La coopérative est gérée par un conseil d'administration dont les membres, qui sont des utilisateurs et des membres de la coopérative, sont élus. Alors que les CHC font participer la communauté en ce sens qu'elle est représentée au sein du conseil d'administration, les pouvoirs et le droit de propriété des membres ne sont pas aussi étendus que dans le modèle de la coopérative.

En ce qui concerne la participation communautaire, les différents modèles repris dans cette catégorie jugent cette participation nécessaire pour déterminer les besoins de la collectivité. Le degré de participation dépend de l'importance que lui accorde la collectivité. La participation communautaire peut être facilitée par la représentation au sein du conseil d'administration, la création de comités du Conseil, l'évaluation des besoins, les sondages effectués pour connaître le degré de satisfaction de la clientèle, les campagnes de financement, le bénévolat, etc. Il ne faut pas toutefois oublier que les membres de la collectivité ne veulent pas tous participer à l'élaboration et à la mise en oeuvre des services sociaux et de santé. Pour ceux qui veulent participer, les modèles les plus intéressants sont les COOP et les CHC.

Du fait que ce sont les modalités de financement qui déterminent dans une grande mesure la gamme des services offerts et l'orientation d'un modèle de prestation de rechange, ces modalités jouent un rôle clé dans les considérations ayant trait à l'organisation et à la gestion. Il

existe essentiellement trois possibilités de financement : la rémunération à l'acte, le budget et la formule per capita.

Les centres de services de santé communautaires (CHC) reçoivent des fonds pour chaque programme. D'une façon générale, les budgets détaillés deviennent plus souples en ce sens que l'on peut faire passer les fonds d'un compte à l'autre. Le CHC n'est pas pénalisé si ses "clients" vont ailleurs. Voici quelques points faibles de ce mode de financement : les budgets sont basés sur les coûts de l'année précédente et non sur les dépenses courantes (ou prévues), ce système n'encourage pas les gestionnaires à réduire les frais de fonctionnement, et les CHC ne peuvent pas profiter des mêmes avantages fiscaux que les hôpitaux. Il convient toutefois de signaler que, en Ontario, les budgets des CHC ne sont pas basés uniquement sur les coûts de l'année précédente mais aussi sur d'autres facteurs reliés aux dépenses courantes (ou prévues) ainsi que sur le budget des dépenses pour les nouveaux programmes. Par ailleurs, étant donné que la méthode de budgétisation appliquée aux programmes des CHC en Ontario est une version modifiée du système proportionnel, on a dit que cela incitait les gestionnaires à réduire les frais de fonctionnement; cette tendance n'est peut-être pas aussi marquée que dans les autres modalités de financement. À vrai dire, dans le cas des CHC, il serait très possible d'adopter le système de financement per capita au lieu d'utiliser la méthode des budgets.

Les centres locaux de services communautaires (CLSC) sont financés par le gouvernement et ils desservent une zone géographique déterminée. Aucune pénalisation financière n'est imposée si les clients obtiennent des services hors de cette zone. Les budgets sont axés sur les programmes, et par conséquent, la multitude de budgets de programmes distincts dont doivent se contenter les CLSC constitue une des faiblesses du système. En raison de la source de financement, en période d'austérité économique, les CLSC ont eu tendance à réduire différentes activités à caractère social.

Dans le modèle des organismes de soins intégrés de santé (OSIS), le financement doit se faire selon un système de financement rajusté per capita. L'OSIS doit être financé au moyen des primes payées d'avance par le public afin d'offrir des services à une population inscrite de son plein gré pour une période déterminée. On pense que ce système de financement inciterait ces organismes à offrir des services de prévention et à utiliser les méthodes les moins coûteuses tout en maintenant un niveau de qualité élevé. Une fois inscrit, le consommateur "perdrait le privilège" du choix (médecin, hôpital, etc.).

Dans le modèle de la coopérative de services de santé (COOP), le financement est habituellement basé sur le système des budgets ou la formule per capita/ajustement négatif. En plus de certains des avantages inhérents à ce mécanisme de financement (déjà signalé pour les autres modèles), la COOP semble offrir une grande latitude en ce qui concerne l'utilisation de différentes formules de financement.

Une des grosses difficultés que posent tous les modèles de participation communautaire, surtout la COOP, c'est la manque de fonds de démarrage et de capital. On a signalé toutefois qu'en Ontario, les CHC, mais non pas les HSO, disposent de fonds de démarrage et de capitaux. En raison de la rareté des sources de financement de ce genre, qui viennent surtout du secteur privé, il est absolument essentiel de trouver de nouvelles formules originales. La question sera examinée dans le chapitre où nous expliquons pourquoi une réforme est nécessaire.

I.b Modèles de quasi-participation communautaire

Cette série de modèles comprend les organismes de services de santé (HSO), les organismes de promotion de la santé (HMO), les organismes de services de santé généraux (CHO) et les centres multiservices (Multis). Chacun des modèles classés dans cette catégorie de la "quasi-participation" peut mettre ou ne pas mettre l'accent sur la participation de la communauté à l'organisation ou à la gestion des centres.

Selon la formule de prise en charge, les organismes de services de santé (HSO) peuvent être à but lucratif ou sans but lucratif. La plupart des HSO relèvent de médecins, et par conséquent, le degré d'intervention ou de participation de la collectivité est faible. Les HSO sont gérés par un conseil d'administration "communautaire" constitué (principalement) des médecins ou de la faculté de médecine responsable. De tous les HSO qui existent actuellement, deux seulement sont administrés par des conseils communautaires, savoir le Group Health Centre de Sault-Sainte-Marie et la clinique Sainte-Anne d'Ottawa. Ces HSO, qui existent depuis longtemps et qui constituent une exception à la règle, se sont engagés formellement à répondre aux besoins de la collectivité en matière de santé et à offrir tout un éventail de services au même endroit. On craint que dorénavant il soit possible pour un seul médecin de posséder et d'exploiter un HSO.

Il n'existe pas encore d'organismes de promotion de la santé (HMO) au Canada. Un HMO est essentiellement un groupe de médecins, de membres d'autres professions médicales et paramédicales et d'installations réunis dans un seul système qui offre une gamme complète de services médicaux à une population déterminée inscrite moyennant un droit forfaitaire payé d'avance. Par conséquent, le HMO peut être un organisme "sur papier" (une série de contrats) ou un organisme véritable. Il peut être la propriété des sociétés (y compris des coopératives), de médecins ou du gouvernement. De toute évidence, la gestion et la direction dépendent du mode de propriété : groupe de médecins travaillant à contrat pour l'organisme responsable du HMO, formule de dotation selon laquelle le HMO engage des médecins, Independent Practice Association (IPA) ou un réseau de HMO qui fait intervenir deux ou plusieurs IPA à contrat.

Les organismes de services de santé généraux (CHO) qui ne sont pas encore en activité en Ontario, peuvent être qui sont la propriété de, et administrés par la collectivité, par un hôpital, une université, un HSO, un CHC, des médecins, etc. et il peuvent appartenir et être administrés conjointement. Le CHO doit être géré et dirigé par un conseil d'administration dont les membres, choisis parmi les membres, les membres inscrits et les patients, sont élus. Une des faiblesses possibles du modèle CHO, c'est que les membres de la collectivité sont seulement "encouragés" à participer à la gestion de l'organisme.

Les centres multiservices (Multis) peuvent être pris en charge par le gouvernement, par la communauté ou par le secteur privé. Les Multis sont gérés et dirigés par un conseil d'administration dont les membres sont nommés par le gouvernement; ils sont choisis de sorte à ce que toutes les allégeances politiques et tous les besoins de la collectivité soient représentés, ce qu'on considère comme une des faiblesses des Multis. Le mode de propriété et la gestion des Multis refléteraient le genre de services offerts et la mission du centre. Les Multis peuvent être communautaires et comporter une certaine participation bénévole, ce qui permet à la communauté d'avoir son mot à dire dans les services à offrir.

D'une façon générale, ces modèles n'encouragent pas activement la participation communautaire. Cela dépend fort du mode de propriété et de l'administration. Étant donné que la plupart des HSO relèvent de médecins, la collectivité n'a pas beaucoup d'influence sur le choix des services offerts. De même, mis à part quelques modèles "coopératifs" (par ex., Puget Sound aux États-Unis), la représentation ou la participation des consommateurs dans les HMO est très faible. Le fait que les CHO se contentent d'"encourager la participation", au lieu de s'engager à faire participer les consommateurs, constitue peut-être une faiblesse. En ce qui concerne les Multis, la participation communautaire et les activités de développement sont possibles ou non.

Pour ce qui est des modalités de financement, les HSO reçoivent une certaine somme per capita pour offrir des services à des membres qui se sont inscrits de leur plein gré, et ils sont financièrement responsables (c.-à-d. qu'ils font l'objet d'un "ajustement négatif") pour des services comparables reçus ailleurs par leurs membres. Étant donné qu'il ne peut y avoir d'ajustement négatif que lorsqu'un patient inscrit reçoit à l'extérieur un service disponible à l'HSO, cela n'a pas posé de problèmes pour la plupart des HSO. Pour les petits HSO, la paperasserie nécessaire et le délai pour recevoir l'avis d'ajustement négatif sont décourageants.

Pour les patients, le fait de pouvoir avoir accès à une gamme complète de services au même endroit peut constituer une forte motivation. Pour les médecins, ce modèle présente peut-être l'avantage d'offrir des services accessibles et appropriés tout en n'empiétant pas sur la liberté du patient de choisir les dispensateurs de certains services. Un aspect encourageant des HSO, ce sont les sommes incitatives qu'ils reçoivent pour les soins ambulatoires, si leurs membres ont moins de journées de séjour à l'hôpital pour maladie aiguë par tranche de 1 000 habitants que les habitants de leur région qui ne sont pas inscrits à l'HSO, après normalisation âge-sexe.

Pour tous les HMO, l'organisation qui les finance est également responsable de la prestation des services au sein d'un système intégré. Cette responsabilité contractuelle garantit la prestation d'une gamme déterminée de services de santé, y compris au moins les services de médecins et d'hôpitaux. L'organisme responsable du financement et de la prestation des services doit également accepter les risques ou les gains financiers découlant de l'exécution des services. Un des principaux points forts des HMO, qui est rattaché au mécanisme de paiement per capita, c'est qu'ils reçoivent les fonds peu importe le mode d'utilisation des services, ce qui les incite à réduire l'utilisation des services hospitaliers et, par conséquent, les frais en général. Voici quelques-uns des points faibles de ce modèle : la "communauté" tend à être constituée des employés et de leur famille, ce qui restreint l'étendue des zones de recrutement; les paiements per capita reflètent le niveau de concurrence plutôt que les prévisions de coûts des services et, par conséquent, ces organismes n'offrent généralement que les services susceptibles de faire des recettes.

En ce qui concerne les CHO, le financement doit être basé sur la formule de paiement per capita en fonction du coût total des soins de santé pour la province, pour une population donnée et pour une région déterminée en fin de compte. Il ne s'agit pas de la même formule de paiement per capita que celle qui est utilisée pour les HSO. Les principaux points forts de ce système de financement sont les suivants : les économies pourront servir à élaborer de nouveaux programmes communautaires ou à élargir les programmes existants ainsi qu'à offrir d'autres services intéressants aux membres; meilleur contrôle de la qualité et évaluation des résultats; services à domicile. Un point faible possible de ce modèle, c'est qu'il faut un nombre relativement élevé d'inscrits en bonne santé pour qu'il soit viable.

Dans les Multis, le financement peut être assuré par le secteur public, par le secteur privé et par des organismes sans but lucratif. On considère que la possibilité d'utiliser ces différentes sources de financement constitue un point fort de ce modèle.

À l'exception des HMO, dont le point fort est l'accès aux capitaux, le financement des HSO, des CHO et des Multis risque de poser d'énormes difficultés. Les prêts ne sont pas garantis et les fonds ne sont pas doublés de quelque façon que ce soit. Certains HSO ont dû faire des campagnes de financement spéciales. Les sociétés privées qui dirigent les HMO peuvent, par contre, émettre des actions pour obtenir les fonds nécessaires pour les dépenses d'immobilisations.

I.c Modèles de participation communautaire minime

Dans le groupe des autres modèles "de participation minime", il y a les centres de services ambulatoires affiliés à des hôpitaux (HOSP) et les centres de services ambulatoires dispensés par des médecins (PHYS).

Aucun de ces modèles n'est orienté vers la participation de la communauté à l'organisation ou à la gestion des centres. Les centres de services ambulatoires affiliés à des hôpitaux (HOSP), qui sont des centres sans but lucratif, sont la propriété de l'hôpital; ils sont gérés et dirigés par son conseil d'administration. L'objectif des HOSP consiste à offrir des services de soins ambulatoires à l'hôpital ou à proximité de celui-ci ou par l'entremise d'un centre autonome éloigné, affilié à un hôpital. Un avantage de ce modèle, c'est qu'il permet aux hôpitaux de prendre de

l'expansion en diversifiant leur rôle. Le fait que les objectifs de l'HOSP risquent de ne pas concorder avec ceux de l'hôpital ainsi que le peu d'importance que les hôpitaux accordent à la représentation ou à la participation communautaire sont toutefois considérés comme des points faibles de ce modèle.

Les centres de services ambulatoires dispensés par des médecins (PHYS) sont des polycliniques à but lucratif, relevant de médecins, gérées et dirigées par des médecins ou par des entreprises privées. Leur objectif consiste à offrir des services médicaux à des heures commodes grâce à des cliniques "sans rendez-vous" ou à des réseaux téléphoniques après les heures normales d'ouverture. À peu près la moitié des médecins du Canada ont adopté ce modèle. Un de ses avantages, c'est que le consommateur ou le client peut obtenir des soins médicaux dans un delai minime. On considère toutefois l'absence de contrôle ou de participation communautaire ou de mécanisme officiel permettant d'avoir son mot à dire dans la nature des services offerts comme un point faible de ce système.

De ces deux modèles, c'est celui du HOSP qui se rapproche le plus (par l'intermédiaire de son conseil d'administration) d'une sorte de participation communautaire. L'étendue de cette participation dépend du genre d'hôpital, de sa situation (ville, petite ville, village), de sa mission, de sa direction, etc.

En ce qui concerne les modalités de financement, les HOSP sont financés à même le budget général de l'hôpital ou par l'intermédiaire d'un budget opérationnel distinct pour le centre, attribué par l'hôpital. Selon les circonstances, on peut considérer cela comme un point fort ou comme un point faible. Si le conseil d'administration de l'hôpital tient vraiment à offrir des services de HOSP, c'est probablement un avantage. Le financement des PHYS peut varier. Une compagnie distincte peut s'occuper de l'aspect commercial. Les médecins peuvent se faire payer à l'acte, en se basant sur un taux horaire, ou ils pourraient recevoir la moitié des recettes brutes et avoir des actions dans les cliniques. Un point fort de ce modèle (du point de vue des médecins), c'est que les médecins peuvent contrôler leurs revenus selon la quantité de services qu'ils offrent. Dans l'optique de la société et du gouvernement, ce mode de financement peut entraîner une surexploitation des services de soins de santé et manquer par conséquent d'efficacité.

Section II GAMME DES SERVICES OFFERTS

II.a Modèles de participation communautaire

Lorsque les besoins de la collectivité concernée sont déterminés, on peut décider quelle gamme de services il faut offrir. Tous les modèles qui sont classés dans la catégorie "participation communautaire" considèrent les services du point de vue de la santé en général en ce qui concerne les services, en ce sens que l'on tient compte de la maladie et de la bonne santé ainsi que des facteurs déterminants d'ordre physique, émotif et environnemental. Voici le genre de services que l'on peut offrir :

* services de santé (traitements, promotion et éducation, prévention, services à domicile voire même certains services hospitaliers);
* services de diagnostic (par ex., services de laboratoire);
* services de santé divers (par ex., physiothérapie et ergothérapie, services dentaires, pharmacie, services diététiques, ainsi que services de placement et de coordination);
* services sociaux (par ex., services d'information et d'aiguillage, services de santé mentale, services de crise et d'urgence, services de soutien, services consultatifs, conseils juridiques, etc.);
* services communautaires (par ex., banques d'alimentation, garderies, services récréatifs).

Les centres de services de santé communautaires (CHC) offrent des services médicaux qui sont complétés par des services préventifs, des services sociaux et des services communautaires. La gamme complète de services sociaux et de santé exécutés par des équipes pluridisciplinaires constitue un des points forts du modèle CHC. Pourtant, du fait que certaines restrictions empêchent les CHC de faire de la publicité, il est difficile de les faire connaître à d'éventuels clients. Les CHC conçoivent généralement leurs programmes pour les personnes particulièrement exposées à la maladie, celles qui sont très malades et celles qui ont de la difficulté à avoir accès au "système". Le risque d'un tel ciblage, c'est que l'on isole et fragmente les groupes qui devraient être mieux intégrés à la société.

Les centres locaux de services communautaires (CLSC) offrent des services de santé, des services de clinique "sans rendez-vous", des services sociaux primaires, des services intégrés (axés surtout sur les soins à domicile, sur la mère et l'enfant, et sur les écoles), des services d'organisation communautaire, de prévention de la maladie et d'intégration de la santé, des services sociaux et des services d'action sociale. L'idée maîtresse consiste à s'efforcer d'intégrer systématiquement les CLSC au reste du système social et de santé. On met surtout l'accent sur les soins ambulatoires. En ce qui concerne l'organisme de soins intégrés de santé (OSIS), il s'agit d'offrir tous les soins de santé ainsi que les services sociaux correspondants garantis par le système public. L'avantage qu'offre ou que l'on prête à ce modèle, c'est qu'il permettra d'offrir toute une gamme de services qui ne sont pas garantis dans le système actuel, notamment certaines autres formes de thérapie. La coordination pourrait être meilleure.

La coopérative de services de santé (COOP) offre des services médicaux, préventifs et sociaux. Ce modèle met l'accent sur la prévention, l'éducation et des programmes spécialisés dans le contexte des services de santé directs. Comme pour les autres modèles de participation communautaire, on considère le fait qu'il offre une gamme complète de services de santé comme un point fort. Dans la prestation des services médicaux, on met surtout l'accent sur la pratique de groupe. Enfin, la gamme de services sociaux et de santé est déterminée par les membres qui sont également les utilisateurs, et ils sont établis principalement en fonction des besoins. Un nombre de plus en plus grand de personnes trouvent que l'on ne peut pas séparer les circonstances de la vie en besoins sanitaires et en besoins sociaux et qu'il faut donc offrir les deux genres de services en même temps. Ce qui est important dans le cas de tous ces modèles, c'est qu'il est nécessaire de déterminer les besoins de la collectivité avant de décider quels services offrir.

II.b Modèles de quasi-participation communautaire

Les services offerts par les organismes de services de santé (HSO) comprennent les services de médecins (les services primaires comme les services de spécialistes) ainsi que la promotion et l'éducation en matière de santé et la prévention de la maladie. La plupart des HSO offrent les services médicaux traditionnels et ne concentrent pas leurs activités sur la participation communautaire ni sur les services sociaux. Ils fonctionnent bien s'il n'y a pas une série de besoins spécialisés à satisfaire. Les HSO "communautaires" offriront davantage de programmes non médicaux. Le fait qu'ils puissent offrir des services continus et intégrés est un avantage. Comme rien ne peut empêcher les membres inscrits à utiliser des services extérieurs, l'ajustement négatif risque de saper le budget des HSO. La majorité des HSO n'offrent pas des services communautaires intégrés. Pour que les HSO soient viables, il faut que les personnes inscrites soient en assez bonne santé; si les paiements per capita ne sont pas ajustés en conséquence, les HSO ne sont pas une bonne solution pour les collectivités économiquement faibles.

Un des traits distinctifs des organismes de promotion de la santé (HMO) est le fait qu'ils offrent des services hospitaliers en plus des services de soins ambulatoires dispensés par des médecins. Les HMO offrent toute une gamme de services externes, hospitaliers, de soins prolongés, de soins à domicile, de soins de santé mentale, de distribution de médicaments ainsi que des services facultatifs (dents et vue). Sauf lorsqu'il s'agit de services d'urgence ou lorsque

la personne inscrite est en dehors de la région, les membres doivent aller au HMO pour tous les services. Pourtant, le HMO n'est pas pénalisé; le client paye alors tout simplement pour les autres services du HMO. Une ligne téléphonique ouverte 24 heures par jour facilite l'accès aux services du HMO. D'une façon générale, seuls les services qui devraient être rentables sont offerts.

Les organismes de services de santé généraux (CHO) doivent offrir une gamme aussi étendue que possible de services de soins médicaux et de santé intégrés verticalement. Selon la collectivité concernée, certains services sociaux peuvent être également offerts. Les auteurs de ce modèle trouvent que l'un de ses avantages, c'est qu'il permet d'offrir la gamme la plus étendue de services sociaux. Ce qui peut être également un point fort de ce modèle, c'est sa capacité d'offrir des services de soins primaires et spécialisés pour des maladies ou des blessures et d'assurer une meilleure coordination des services de soins de santé, ce qui garantit une certaine continuité dans les soins à la clientèle. Ce système présente toutefois un défaut auquel il faut faire attention : du fait que le CHO appartienne à plusieurs organismes ayant des mandats différents, certains conflits risquent d'éclater.

Les centres multiservices (Multis) offrent toute une gamme de services dont l'étendue dépend des besoins de la collectivité et du mandat de l'organisme, notamment des services sociaux, des services de promotion et d'éducation en matière de santé ou des services d'urgence et de diagnostic, etc. Par ailleurs, ils n'offrent pas tous des services assurés par un médecin. Un point fort du modèle des Multis est la latitude dans le choix des services offerts. Puisqu'ils donnent accès à toute une série de professionnels en un seul et même endroit, les membres peuvent profiter d'un travail d'équipe et par conséquent d'une certaine continuité dans les soins. Par contre, c'est un gros inconvénient lorsque les services de médecins ne sont pas offerts.

II.c Modèles de participation communautaire minime

Les services offerts par les centres de services ambulatoires affiliés à des hôpitaux (HOSP) englobent des services à caractère hospitalier qui ne nécessitent pas l'hospitalisation du patient (services des urgences, services infirmiers de santé publique, coordination des soins à domicile, etc.), mais ils ne comprennent pas les services primaires de médecins. Un des avantages de ce modèle, c'est que l'affiliation à un hôpital permet d'offrir une gamme plus étendue de services, surtout grâce à ses liaisons avec les services hospitaliers. Le HOSP a également accès aux ressources essentielles de l'hôpital, notamment aux mécanismes administratifs, aux services du personnel, à l'éducation sur place. On considère toutefois que le fait qu'il existe une certaine différence entre les types de services offerts par le HOSP affilié à un hôpital et les genres de services attendus par le consommateur comme un point faible. Par ailleurs, les HOSP offrent parfois des services qui font double emploi avec ceux des centres de services de santé communautaires (CHC).

Les centres de services ambulatoires dispensés par des médecins (PHY) offrent des services médicaux. Un avantage des cliniques, qui sont établies à des endroits très achalandés (les centres d'achats par ex.), c'est que les clients peuvent se faire soigner facilement et rapidement. Un des inconvénients, c'est que les cliniques "sans rendez-vous" n'offrent pas une gamme de services suffisamment large et qu'elles sont trop spécialisées, ce qui exclut une certaine continuité et une certaine intégration dans les soins prodigués au malade.

Section III FACILITÉ D'ACCÈS

La facilité d'accès va plus loin que la simple possibilité d'accès physique; cette notion comprend également des heures d'ouverture flexibles, une gamme de services étendue, différents systèmes d'aiguillage, un endroit propice, une certaine sensibilité aux différences linguistiques et culturelles en plus de la possibilité d'accès purement physique. Si nous avons supprimé les obstacles économiques directs à l'accès à toute une série de services médicaux, les frais d'accès

indirects, notamment les frais de transport, les frais de garderie, l'obligation de prendre congé, etc. peuvent toujours compliquer l'accès aux services.

III.a Modèles de participation communautaire

Tous les modèles de participation communautaire offrent une série de services médicaux, préventifs, de promotion et de services sociaux. L'étendue de la gamme des services offerts joue un rôle important dans le choix d'un centre bien précis. Alors que la facilité d'accès physique est un facteur important, il semblerait que la gamme et la qualité des services offerts le soient encore plus.

Pour tous les modèles examinés dans la présente section, les restrictions budgétaires empêchent de maintenir les services 24 heures par jour, sept jours par semaine. Par contre, bien des organismes essayent de maintenir des horaires flexibles et offrent certains services pendant les jours de congé et les fins de semaine, surtout des services "essentiels" (établis en fonction du profil de la collectivité) et pendant les périodes "de pointe".

Outre les modes d'aiguillage que l'on retrouve habituellement entre les différents organismes et les différents établissements (par l'intermédiaire des dispensateurs), les aiguillages dus au hasard, à des amis, à des voisins, ou à un appel téléphonique) jouent un rôle important dans le plupart de ces modèles.

En fonction de différents facteurs, par exemple des ressources disponibles, des besoins, etc., ces modèles répondent à d'autres critères de facilité d'accès (emplacement, transport, obstacles économiques indirects) de différentes façons. Tous les modèles de participation communautaire doivent à tout le moins offrir une certaine facilité d'accès physique et tenir compte du contexte linguistique et culturel. Fait curieux, alors que la facilité d'accès est considérée comme un aspect important de la prestation des services sociaux et de santé, et à l'exception de la "possibilité d'avoir recours à une gamme étendue de services", les documents publiés sur ces modèles ne font pas souvent explicitement allusion à cet élément, et l'expérience nous a montré qu'il a été négligé.

III.b Modèles de quasi-participation communautaire

Sauf en ce qui concerne les organismes de promotion de la santé (HMO) qui existent aux États-Unis, où l'absence de régime d'assurance-maladie empêche l'accès aux services, les organismes de services de santé (HSO) et les organismes multiservice (Multis) offrent une facilité d'accès assez grande à toute la gamme de services sociaux et de santé jugés nécessaires par leur conseil d'administration. En ce qui concerne les organismes de services de soins de santé généraux (CHO), la facilité d'accès devrait être aussi bonne. Il semble que les organismes multiservice (Multis) qui sont situés dans les régions urbaines, desservent souvent des collectivités rurales satellites et c'est chez eux, par conséquent, que les possibilités d'amélioration de l'accès, surtout sur le plan géographique, sont les plus grandes. Par contre, les possibilités d'accès n'auront pas été améliorées si l'on n'offre pas de services de médecins (ce qui est le cas de nombreux Multis).

Aucun des modèles classés dans cette catégorie ne semble offrir une gamme complète de services sociaux, communautaires et de santé. Les HMO auraient la possibilité d'offrir une gamme complète de services de soins médicaux ambulatoires et de services hospitaliers et externes. Les HSO (et peut-être aussi les CHO) offrent de nombreux services de santé, de prévention et de promotion. Ce sont les Multis qui ont la possibilité d'offrir le plus de services sociaux et de santé et de services annexes. Il ne faut pas oublier que le mandat de l'organisme peut déterminer quels services sont offerts (et quels services ne sont pas offerts). Étant donné les caractéristiques que présentent les membres de ces organismes, les modes d'aiguillage

habituels entre les différents organismes et établissements sont (ou, dans le cas des CHO, seraient) bien établis.

III.c Modèles de participation communautaire minime

Comme nous l'avons déjà signalé, la disponibilité des services est un élément clé de la facilité d'accès. Plus la gamme des services offerts à un endroit est étendue, plus facile est l'accès aux services sociaux et de santé. L'emplacement est également un facteur important.

En ce qui concerne la gamme de services offerts, les centres de soins ambulatoires affiliés à des hôpitaux (HOSP) sembleraient être avantagés sur les centres de soins ambulatoires dispensés par des médecins (PHYS) et, pourtant, les HOSP continuent à donner accès à des services de type hospitalier sans hospitalisation. Les PHYS, par contre, donnent accès à des services médicaux primaires à un endroit et à des heures qui conviennent à leurs clients. Grâce au régime universel d'assurance-maladie, aucun obstacle économique direct ne restreint l'accès aux services des HOSP ou des PHYS. Par ailleurs, dans les deux modèles, il n'y a aucune restriction d'ordre géographique. Dans les deux cas, le système habituel d'aiguillage pour les services médicaux et hospitaliers est bon. Par contre, d'une façon générale, aucun modèle de cette catégorie ne semble capable de donner accès à une gamme étendue de services sociaux et de santé et de services annexes.

Section IV QUALITÉ DES SOINS

En matière de prestation des soins de santé, c'est au niveau de la qualité que le bât blesse incontestablement. Par contre, grâce au nombre croissant d'évaluations sérieuses qui se font, nous commençons à en savoir davantage sur les soins médicaux et sanitaires qui conviennent le mieux aux patients.

IV.a Modèles de participation communautaire

Chacun des modèles de cette catégorie offre une gamme complète de services de santé à un coût assez bas. Les gens sont incités à utiliser les méthodes les moins coûteuses. Par conséquent, le taux d'utilisation des hôpitaux est moins élevé, les médecins prescrivent moins de médicaments et des médicaments moins coûteux et les frais généraux des services de santé par client sont moins élevés.

Si certaines "constatations" portent à croire que la qualité des services s'est améliorée, nous attendons toujours des évaluations assez fiables et sérieuses pour le prouver. Ainsi, il serait bon de savoir non seulement que le taux d'utilisation des services hospitaliers est moins élevé et que les frais généraux sont plus bas, mais aussi qu'il n'y a pas de différence réelle entre l'état de santé des groupes de personnes qui utilisent ces modèles et de ceux qui utilisent les services du système "traditionnel".

IV.b Modèles de quasi-participation communautaire

Les commentaires qui ont été faits au sujet des modèles de "participation communautaire" sont valables pour les modèles de soins de santé de cette catégorie également. Comme nous l'avons déjà signalé dans le cadre de la présente étude, certains indices portent à croire que la qualité des soins dans les organismes de services de santé (HSO) et dans les organismes de promotion de la santé (HMO) est la même que dans le secteur traditionnel où la formule en vigueur est celle de la rémunération à l'acte. Il semble par ailleurs, que dans ces organismes, le nombre de personnes hospitalisées soit moins élevé. Pourtant, si les clients ou les membres de ces organismes sont "en meilleure santé" au départ, ces résultats ne veulent peut-être pas dire grand-chose, ce qui prouve qu'il est nécessaire d'entreprendre des évaluations sérieuses au sujet des différents modèles de rechange.

IV.c Modèles de participation communautaire minime

Tout comme pour les autres modèles, il n'est pas facile de juger de la qualité des soins. En ce qui concerne les centres de services ambulatoires affiliés à des hôpitaux (HOSP), on constate qu'ils présentent notamment l'avantage de permettre une meilleure utilisation des lits, de renforcer la confiance du public dans la capacité de l'hôpital d'offrir des soins "de qualité", de se faire mieux accepter par les milieux médicaux (grâce à leur affiliation "naturelle" avec les hôpitaux) et d'offrir des possibilités de recherche et de formation. Tous ces facteurs peuvent contribuer ensemble à améliorer la qualité générale des soins. Par contre, comme les HOSP ne mettent pas l'accent sur la prévention, ni sur la promotion, ni sur les modèles de rechange ne revêtant pas un caractère hospitalier, il est possible qu'ils fassent baisser l'état de santé général et la qualité des soins. Les centres de services ambulatoires dispensés par des médecins (PHYS) offrent probablement des services médicaux primaires de grande qualité, mais, à cause de leur caractère spécialisé, ils n'arrivent pas à assurer une certaine continuité ni une certaine intégration dans les soins de qualité.

Section V RENDEMENT ÉCONOMIQUE

En évaluant le rendement économique des différents modèles, on pourrait se poser les questions suivantes :

* l'état de santé s'est-il amélioré en se servant des mêmes ressources?
* l'état de santé s'est-il amélioré en se servant de ressources différentes?
* l'état de santé s'est-il maintenu en utilisant moins de ressources?

Une réponse affirmative à une de ces questions montrerait que l'on a utilisé de façon plus rentable les rares ressources disponibles dans le domaine des soins de santé.

V.a Modèles de participation communautaire et de quasi-participation communautaire

Une bonne partie des éléments que nous possédons sur le rendement des modèles de rechange viennent des États-Unis, surtout en ce qui concerne les organismes de promotion de la santé (HMO). Certaines études sur les centres de services de santé communautaires (CHC), sur les organismes de services de santé (HSO) et sur les coopératives de services de santé (COOP) ont été effectuées également au Canada.

* Voici un résumé des principales observations faites à la suite de ces études :
* le taux d'hospitalisation de leurs patients est plus faible
* ces organismes sont mieux organisés pour offrir des services préventifs à leurs patients
* les médecins qui travaillent dans ces organismes sont davantage susceptibles de croire que leur méthode de rémunération favorise la prestation de services de prévention
* la durée de séjour à l'hôpital est moins longue pour les patients
* le coût des médicaments (et les coûts en général) par client sont plus bas
* il semble, par ailleurs, que certains modèles permettent d'offrir des services de qualité supérieure

Il semblerait que ces constatations sont plus évidentes en ce qui concerne les coopératives de services de santé (COOP) et les centres de services de santé communautaires (CHC). Il est probable, par ailleurs, que les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les organismes de soins intégrés de santé (OSIS) offrent les mêmes possibilités au Québec. On a constaté que les CLSC offraient des services de meilleure qualité aux personnes ayant des maux de tête,

un meilleur système de dépistage du cancer, de meilleurs services de prévention du cancer et un service d'immunisation des enfants plus complet.

V.b Modèles de participation communautaire minime

Un des principaux reproches faits aux centres de services ambulatoires dispensés par des médecins (PHYS) et aux centres de services ambulatoires affiliés à des hôpitaux (HOSP) c'est que, à cause du système de remboursement à l'acte, ils peuvent entraîner une surexploitation des services de soins de santé. Par conséquent, ces modèles ne permettent pas d'utiliser efficacement les rares ressources disponibles. On pourrait peut-être réduire le taux d'hospitalisation et la durée des séjours à l'hôpital grâce aux HOSP. Pourtant, il reste que le système de rémunération à l'acte sans limite incite les décideurs à essayer de trouver d'autres modèles de prestation afin d'accroître l'efficacité des services de soins de santé.

Pour tous les modèles examinés dans la présente étude, il est important de signaler que certains autres facteurs que les mécanismes de paiement risquent d'influencer le coût et la qualité des services de soins de santé, notamment :

* l'organisation de la pratique solitaire ou de groupe
* surveillance par les collègues
* autre encouragements financiers
* autres liens organisationnels (institutionnels, par ex.)
* recours aux services de dispensateurs qui ne sont pas médecins.

Pour pouvoir en dire davantage (empiriquement) sur le rendement économique des différents modèles, il faudrait faire des évaluations beaucoup plus approfondies qu'on ne le fait à l'heure actuelle. Il faudrait tout d'abord se fixer des objectifs primaires en fonction du but général qui consiste à améliorer l'efficacité du système de prestation des services de soins de santé, notamment :

* en adoptant d'autres formules que la rémunération à l'acte
* en réduisant l'utilisation des services hospitaliers
* en insistant sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé
* en améliorant les soins d'entretien donnés aux malades chroniques
* en améliorant l'état de santé

Alors, on pourrait préciser des objectifs mesurables et faire une évaluation des progrès réalisés. Il n'y a aucune raison pour que l'on n'arrive pas à établir des objectifs dans le domaine de la santé à l'échelon fédéral, provincial, régional et local. Parmi les critères d'évaluation, on se servirait de moyens de mesure de la qualité de la vie comme les économies réalisées, et les évaluations porteraient sur les services de prévention et de promotion ainsi que sur les services de soins de santé habituels.

Section VI EFFICACITÉ DE LA MISE EN OEUVRE

On constate que, dans tout le pays, la hausse des coûts des soins de santé (y compris les problèmes de financement et de recettes, d'efficacité, d'utilisation) suscite de plus en plus d'inquiétudes et que les gens sont de plus en plus mécontents de la structure organisationnelle actuelle du système de prestation des soins de santé, les besoins en ressources humaines (surtout en ce qui concerne les infirmières et les médecins), de la technologie et de la qualité ainsi que la facilité d'accès aux soins. La question du financement, qui est le principal élément sous-jacent, est reliée à des problèmes de ressources humaines, de technologie et de modèles de rechange pour la prestation des soins de santé.

Dans quelle mesure ces modèles permettent-ils (ou permettraient-ils) de mettre en oeuvre les différents objectifs et politiques gouvernementaux? Avant d'aborder cette question plus en détail, il convient de signaler que " l'heure actuelle au Canada, aucune coopérative de services de santé n'a eu l'occasion d'assumer le rôle que nous croyons à la portée de telles coopératives. Pour que cela se produise, il faudrait apporter des modifications importantes dans les politiques du gouvernement. Quand on considère les obstacles financiers et juridiques ainsi que les contraintes institutionnelles, on est surpris de constater qu'il existe déjà, sous différentes formes, des coopératives de services santé au Canada." (Groupe de travail sur le développement du Mouvement coopératif canadien:100). On pourrait dire que, en réalité, pour tous les modèles de participation communautaire et de quasi-participation, les conditions n'ont pas été analogues aux conditions auxquelles sont soumis les modèles plus traditionnels.

VI.a Modèles de participation communautaire

Étant donné que tous ces modèles sont financés selon la formule des budgets ou selon la formule per capita/ajustement négatif, ils ont la possibilité de s'éloigner du système de la rémunération à l'acte et, par conséquent, de réduire le taux d'utilisation de services médicaux et hospitaliers coûteux. Comme nous l'avons signalé, certains indices montrent que c'est ce qui se passe. Quelle motivation peuvent avoir les médecins à pratiquer dans le cadre de tels modèles? Les principales incitations pour les médecins seraient :

- une rémunération et des avantages compétitifs
- moins de responsabilités administratives
- la possibilité de choisir un certain style de vie
- l'occasion de pratiquer dans un milieu dynamique
- on insiste sur la promotion et la prévention
- on s'efforce d'utiliser les compétences qui conviennent
- on travaille en équipe dans un cadre communautaire.

Les aspects qui les découragent manifestement sont les suivants :

- absence de contrôle sur les décisions concernant l'entreprise et la gestion
- pas de financement basé sur le nombre d'actes médicaux.

Les modèles de participation communautaire devraient permettre d'offrir des traitements compétitifs et une série d'avantages sociaux attrayants, notamment des congés d'éducation et de formation payés ainsi que des congés payés. Parmi les avantages moins tangibles (mais qui prennent de plus en plus d'importance aux yeux des jeunes médecins, hommes et femmes), il y a le fait d'être libéré des soucis de la gestion d'un cabinet et de pouvoir choisir un certain style de vie, notamment des horaires intéressants pour les tournées de garde, un nombre raisonnable d'heures de travail par semaine, le partage des tâches, etc. Ces modèles offrent la possibilité de créer une structure de gestion qui donnerait aux médecins l'occasion de participer à la prise de décisions. Une fois la question de la rémunération et des avantages sociaux réglée, on arrivera à attirer les dispensateurs de soins, si la gestion du centre inspire confiance, s'il est doté d'un bon personnel et s'il offre des services de qualité.

Le rejet de ce modèle par un ou plusieurs groupes professionnels risque de contrarier leur mise en oeuvre et d'empêcher d'atteindre les principaux objectifs et de respecter les priorités du gouvernement. Il ne faut pas oublier que les modèles de rechange n'atteindront pas leurs objectifs (ou ne donneront pas leur pleine mesure) aux dépens des personnes dont ces centres ont besoin pour fonctionner, c'est-à-dire, des médecins et d'autres professionnels.

Par conséquent, si ces modèles offrent la possibilité de modifier les méthodes de rémunération et de remboursement, ce potentiel n'a pas encore été pleinement réalisé.

En ce qui concerne les liens et réseaux, il semble que l'on ait pris certaines dispositions à l'amiable dans les collectivités pour créer des réseaux entre les professionnels et les organismes. Comme les médecins ont déjà des liens bien établis à différents services et organismes, il faut faire accepter le système par les milieux médicaux. Il existe peu de réseaux officiels à l'heure actuelle; aussi, il faut absolument établir des liens officiels avec d'autres éléments du système des soins de santé, l'objectif étant d'assurer une certaine continuité et une certaine coordination dans les soins.

Comme nous l'avons déjà signalé, ces modèles de participation communautaire offrent la possibilité de réduire le taux d'utilisation des services hospitaliers coûteux, les frais de médicaments ainsi que les frais généraux par patient ou par client. Certes, il semble par ailleurs que ces modèles offrent d'énormes possibilités d'élaborer des solutions de rechange à caractère communautaire qui mettent l'accent sur la prévention de la maladie et la promotion ainsi que l'éducation en matière de santé. Le souci de faire de la prévention, de la promotion et de l'éducation est manifeste, à des degrés variables, dans la plupart de ces modèles de rechange. La plupart des modèles de participation communautaire, assurent par ailleurs, dans des proportions différentes également, une certaine participation de la collectivité, directement comme dans le cas des coopératives de services de santé (COOP) ou indirectement par l'intermédiaire des organismes responsables et des conseils d'administration dont les membres sont élus, comme dans le cas des centres de services de santé communautaire (CHC) et des centres locaux de services communautaires (CLSC). Étant donné que les organismes de soins intégrés de santé (OSIS) et les organismes de services de santé généraux (CHO) ne fonctionnent pas encore, on ne peut encore rien dire de précis en ce qui les concerne.

VI.b Modèles de quasi-participation communautaire

Trois de quatre modèles faisant partie de ce groupe (les organismes de services de santé (HSO), les organismes de promotion de la santé (HMO) et les organismes de services de santé généraux (CHO)) sont basés sur un système de paiement per capita, alors que les centres multiservices (Multis) peuvent avoir un système hybride basé sur plusieurs mécanismes différents de remboursement des dispensateurs. Par conséquent, tous ces modèles devraient permettre de remplacer le système de rémunération à l'acte par d'autres. Ces modèles permettent de réduire le taux d'hospitalisation ainsi que les frais généraux. Il semble également que bien des dispensateurs de soins de santé soient suffisamment motivés pour accepter différents systèmes du genre de la formule per capita.

En ce qui concerne les liens et les réseaux, les modèles qui appartiennent à cette catégorie permettent apparemment d'établir des liens efficaces entre la multitude de services de soins de santé qui existent. On obtient de moins bons résultats en ce qui concerne les services connexes, les services sociaux et communautaires, sauf peut-être avec le modèle des Multis. Puisque ce sont les médecins qui ont les moyens d'établir les réseaux officiels et qu'ils sont les principaux intervenants dans les HSO, les HMO et les CHO, il existe de bonnes possibilités de réaliser l'intégration verticale des services de soins de santé primaires, secondaires et tertiaires (ambulatoires et hospitaliers).

En ce qui concerne les services de promotion et de prévention, les solutions de rechange à caractère communautaire ne sont peut-être pas aussi "concluants" (ou aussi bien orientés) que les modèles de participation communautaire. Dans les HSO, l'accent est mis essentiellement sur toute une gamme de services médicaux offerts par une équipe de médecins et d'infirmières; ces organismes offrent quelques services de prévention et de promotion de la santé. Les HSO qui sont la propriété de, et administrés par la communauté ont davantage de programmes qui ne

revêtent pas un caractère strictement médical. Les HMO insistent sur "l'entretien" dans les services médicaux. Pour les CHO, il semblerait que la promotion de la santé et la prévention de la maladie ne soient pas des priorités importantes (du moins au début). Pour ce qui est des Multis, selon la nature de leur mission et les besoins de la collectivité qu'ils desservent, ils n'offrent pas nécessairement des services de promotion et d'éducation en matière de santé ni des services de prévention. Pourtant, les possibilités de le faire sont très bonnes dans les Multis.

VI.c Modèles de participation communautaire minime

Aucun des modèles de cette catégorie ne pourrait aisément permettre d'atteindre certains des grands objectifs et priorités officiels. En réalité, c'est précisément le système de la rémunération à l'acte du modèle PHYS que les décideurs essayent de remplacer pour réduire le taux d'utilisation des services médicaux et hospitaliers coûteux. Bien des médecins ne sont pas disposés à renoncer au mécanisme de remboursement à l'acte et, par conséquent, ils n'accepteraient probablement pas facilement des modèles de rechange.

À en juger d'après les modes d'aiguillage habituels des médecins, les liens et réseaux entre les centres de services ambulatoires affiliés à des hôpitaux (HOSP) et les centres de services ambulatoires dispensés par des médecins (PHYS) sont relativement bien établis. Par contre, les liens avec d'autres éléments des services de santé, des services connexes et des services sociaux (officiels ou non) ne sont pas du tout aussi bien établis. Il est peu probable que les modèles HOSP ou PHY facilitent la formation de tels réseaux.

L'élaboration de modèles de rechange à caractère communautaire impliquant la participation de la collectivité et supposant le choix entre toute une série de services sociaux, communautaires et de santé, qui mettent l'accent sur la prévention de la maladie et la promotion ainsi que l'éducation en matière de santé, sont des objectifs qu'il serait difficile de réaliser grâce aux modèles HOSP et PHYS.

CHAPITRE 4 : SERVICES DE SOINS DE SANTÉ QUI SONT LA PROPRIÉTÉ DE, ET ADMINISTRÉS PAR DES COOPÉRATIVES-CONSOMMATEURS ET LES PRIORITÉS GOUVERNEMENTALES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

4.1 LES AVANTAGES DES COOPÉRATIVES-CENTRES DE SERVICES DE SANTÉ PRIS EN CHARGE PAR LES CONSOMMATEURS

Nous présentons d'abord les principales conclusions tirées des chapitres qui précèdent, axées principalement sur le rendement et les possibilités qu'offrent les modèles de coopératives ou centres de services de santé qui sont la propriété de, et administrés par les consommateurs (centres de services de santé communautaires). Nous avons expliqué les gros avantages que présentent de tels centres sur les plans économique, administratif, ainsi que du point de vue de la planification et de l'organisation. Plus loin, nous expliquerons que ces avantages devraient faire de ces centres un excellent moyen de respecter les priorités et d'atteindre les objectifs du gouvernement.

Les centres de services de santé communautaires offrent d'énormes avantages économiques. Dans ces centres, le coût général des soins de santé par patient est moins élevé que le coût des soins prodigués à un groupe de malades assortis ou comparables soignés par des médecins rémunérés à l'acte. Une bonne partie de cette différence est due à des taux d'utilisation beaucoup plus faibles des hôpitaux. Les médecins des HSO et des centres de services de santé communautaires (CHC) soignent plus de malades, bien que le coût des médecins par malade semble plus ou moins le même dans les différents systèmes de prestation (Birch et Lomas, 1990). Du fait qu'ils fonctionnent surtout avec des équipes pluridisciplinaires, l'utilisation des professionnels de la santé est plus judicieuse et plus rentable dans les CHC que dans les HSO ou que dans les pratiques médicales où la rémunération se fait à l'acte. La qualité des soins semble être analogue dans tous les différents modes de prestation des soins de santé. On préfère les CHC aux HSO et, cela va de soi, aux modèles basés sur la rémunération à l'acte, en ce qui concerne les services de prévention et de promotion de la santé. Dans les CHC, le coût des médicaments par malade est moins élevé que dans le secteur où la rémunération se fait à l'acte et probablement que dans les HSO également. Ils peuvent très bien offrir un avantage analogue dans la prestation de services externes, de services de rayons-X ou de laboratoire; nous ne possédons pas assez de renseignements à ce sujet. Le degré de satisfaction des malades semble être analogue dans les différents modèles de soins de santé. En bref, les centres de services de santé communautaires sont supérieurs au système basé sur la rémunération à l'acte sur le plan économique ou du point de vue de la rentabilité, et ils sont au moins aussi bons voire meilleurs (par exemple en ce qui concerne le recours à des professionnels et à du personnel paramédical ou la prestation de services de prévention de la maladie et de promotion de la santé) que les HSO. On prétend parfois que les conclusions générales sur les avantages que présentent les centres sur le plan du coût ne sont pas valables en raison des restrictions d'ordre méthodologique et statistique. Premièrement, il n'existe aucune preuve, pas à notre connaissance du moins, que le système basé sur la rémunération à l'acte, ou le modèle des HSO, soit plus rentable que les CHC. Deuxièmement, il est possible que dans les études existantes, l'on ait sous-estimé la rentabilité des CHC, ce qui veut dire que la distorsion peut être dans l'autre sens. C'est un fait connu que les CHC desservent des groupes socio-économiques pauvres ou défavorisés sur d'autres plans, dans lesquels la fréquence des maladies et des invalidités est plus forte et, par conséquent, qui ont davantage besoin de services de soins de santé.

Si on faisait une comparaison ajustée en fonction des besoins, on constaterait que les CHC sont encore plus rentables qu'on ne l'avait jugé jusqu'à présent. Une analyse qui tienne suffisam-

ment compte des différences qui existent dans la quantité et le genre de besoins des malades desservis par les différents modes de prestation des soins de santé n'a pas été faite.

Les CHC présentent, bien sûr, d'autres avantages économiques. Contrairement aux services médicaux basés sur la rémunération à l'acte, les CHC permettent de contrôler davantage les coûts et les dépenses, d'établir des budgets plus prévisibles et de préparer les programmes. Par ailleurs, ils offrent des avantages analogues au gouvernement. Ils offrent de surcroît certains avantages bureaucratiques et politiques. Contrairement à ce qui se passe dans la budgétisation pour les CHC, les négociations concernant les changements de tarifs et les questions connexes, comme la vérification du degré d'utilisation et l'arbitrage exécutoire, ont suscité de plus en plus de mécontentement et provoqué des discussions amères. Les menaces de grève sont maintenant plus fréquentes. En fait, certaines coopératives de services de santé et certains centres de services de santé communautaires ont été créés pendant des grèves de médecins (notamment pendant l'ignoble grève des médecins qui a eu lieu du début des années 60, en Saskatchewan), ce qui prouve qu'ils ont encore un avantage supplémentaire sur les autres modèles sur le plan de l'organisation. Pendant les grèves, ils sont prêts à servir le public, et plus il y a de centres de ce genre, moins les grèves de médecins sont efficaces. Un autre atout économique important de ces centres, c'est qu'ils tiennent à adopter d'autres méthodes de rémunération des médecins que la formule du paiement à l'acte. Les gouvernements provinciaux prennent de plus en plus conscience des mérites respectifs de la formule per capita, de la formule salariale et de celle de la rémunération à l'acte. Cette dernière formule incite fortement les médecins à donner trop de services aux malades en les aiguillant inutilement vers des confrères ou en leur conseillant de revenir les voir, à les faire hospitaliser inutilement, à les faire rester plus longtemps dans les hôpitaux, à leur prescrire trop de médicaments, à leur faire subir trop de tests de laboratoire et ainsi de suite. Par contre, on reproche à la formule per capita et à la formule salariale de produire l'effet contraire, c'est-à-dire, d'inciter les médecins à négliger les malades, mais c'est loin d'être prouvé. Aux États-Unis, les auteurs de plusieurs études qui ont examiné cette hypothèse la rejettent. Dans un système où les malades ont la liberté de choix, une grande mobilité et où leurs droits sont respectés, et dans lequel les médecins respectent généralement leur code d'éthique, il est peu probable que les soins soient insuffisants. Il est beaucoup plus facile pour les malades de se rendre compte que les soins sont insuffisants, et y réagir, que de remarquer qu'ils en reçoivent plus qu'il ne faut.

Parmi les autres avantages des CHC dont nous avons déjà parlé, il y a leur capacité impressionante d'innovation impressionnante et les innombrables améliorations qu'ils ont apportées au système pour rendre les services plus accessibles aux groupes défavorisés. Également, nous avons constaté que la popularité des CHC auprès de ces groupes avait créé un problème d'"image"; il en sera question plus loin dans ce chapitre. Les CHC sont également parvenus à intégrer les services sociaux et de santé, et une partie de leur esprit d'innovation se manifeste précisément dans les programmes intégrés. Nous avons dit que les innovations, l'intégration des services ayant trait à la santé, à d'autres services ainsi que l'accroissement de la facilité d'accès aux services sont des phénomènes interdépendants. C'est ce qui donne sa véritable signification à l'orientation des CHC vers les soins médicaux primaires, sans se limiter aux services de santé de base. Les CHC mettent en pratique un principe que les pouvoirs publics commencent à admettre de plus en plus, savoir que l'état de santé de la population dépend de bien d'autres facteurs que les services médicaux. Une foule de programmes sociaux, éducatifs, économiques, ainsi que de programmes de logement, de nutrition, de consultation, de prévention de la maladie et de promotion de la santé sont également nécessaires, pour ne citer que les plus importants. Lorsqu'on adopte cette perspective fondamentalement différente à l'égard de la santé, perspective dans laquelle on juge le paradigme médical insuffisant, il faut non seulement modifier les politiques officielles et les modes existants d'affectation des ressources, mais il faut également réorganiser les systèmes de prestation. L'intégration des services est la clé de la réussite, et c'est nécessaire pour réaliser une bonne partie des priorités et des objectifs gouvernementaux. C'est en partie parce qu'on n'est pas parvenu à bien intégrer les programmes publics que les programmes de désinstitutionnalisation et de soins à domicile, par exemple, n'ont pas

donné leur pleine mesure, même s'ils n'ont pas été un échec total. Nous croyons par ailleurs que les CHC ont été empêchés de faire davantage dans ces domaines pour des raisons budgétaires et que, par conséquent, ils n'ont pas obtenu d'aussi bons résultats qu'ils auraient pu. L'étendue de leurs services a été, par conséquent, limitée et, ce qui est très important, ces services ont été destinés à des couches très spéciales et très précises de la population.

Les autres raisons pour lesquelles les résultats ont été décevants jusqu'à présent, c'est le manque de planification, ce sont les faiblesses au niveau de l'administration et de la gestion ainsi que les difficultés d'organisation. Les ministères ne sont pas encore organisés de façon à mettre en vigueur les politiques officielles, saines et coordonnées basées sur les multiservices auxquels ils se sont mis à adhérer. Les médecins des pratiques privées, rémunérés à l'acte, et les HSO ne sont pas organisés de la sorte, et ils ne sont même pas disposés à mettre en oeuvre les nouvelles stratégies publiques. Les CHC de toutes les régions du Canada, par contre, comprennent mieux ces nouvelles stratégies, et ils ont manifesté un vif intérêt dans les défis qu'elles posent sur le plan de la planification, de l'administration et de la gestion. Ainsi, en Ontario, les HSO ne participent pas à la planification locale, et ils ne proposent pas de nouveaux programmes au conseil sanitaire du district où ils se trouvent. La nouvelle stratégie en matière de santé favorise et exige même la décentralisation ainsi qu'une évaluation formative et sommative des programmes. En bref, les CHC préconisent les deux.

Enfin, et c'est très important, les CHC permettent aux consommateurs, fort probablement, d'avoir plus leur mot à dire dans les décisions qui sont prises au sujet des services de soins de santé, et ils permettent, et la plupart d'entre eux exigent, que le public participe à l'établissement des priorités, à la pratique opérationnelle, à la planification des programmes et à l'administration des installations. Dans les HSO et dans le système basé sur la rémunération à l'acte, la participation du public est, au contraire, très restreinte (sauf dans quelques HSO) où, pour le dire sans mâcher nos mots, elle est considérée comme antiprofessionnelle.

D'après nous, ces résultats encourageants, ainsi que ces avantages d'ordre économique, ou d'une autre nature, sont reliés sur le plan opérationnel et sur le plan logique aux principes fondamentaux qui définissent et régissent les coopératives de services de santé et autres centres qui sont la propriété de, et administrés par les consommateurs. Ces principes sont les suivants :

1. organisme communautaire placé sous le contrôle de la communauté

2. gamme de services de santé primaires, de services sociaux et de services annexes offerts au même endroit

3. des équipes pluridisciplinaires assurent les services médicaux

4. l'accent est mis sur la prévention, la promotion de la santé, les services éducatifs et les services ambulatoires

5. la rémunération des professionnels de la santé se fait selon la formule salariale ou la formule per capita au lieu d'être basée sur la méthode de paiement à l'acte.

4.2 LES PRIORITÉS ET LES OBJECTIFS GOUVERNEMENTAUX

Il n'est pas difficile de dresser une liste des priorités ou des objectifs gouvernementaux. On peut les connaître d'après les travaux des innombrables commissions royales d'enquête et groupes d'étude sur la santé qui ont été formés au Canada depuis quatre ans. Presque toutes les provinces ont fait une enquête importante dernièrement. Il y a aussi des discours du Trône, des rapports gouvernementaux, des déclarations publiques de ministres de la Santé ainsi que des communiqués officiels de conseils consultatifs sur la politique de la santé. S'il n'est pas difficile d'établir une liste des priorités ou des objectifs, d'avoir à les classer est une toute autre histoire.

Comment classer les nombreux objectifs que le gouvernement semble avoir en matière de santé? Les systèmes de priorité et de classement sont-ils les mêmes d'une province à l'autre? Probablement pas, ou pas nécessairement. Ce ne sont pas des questions faciles à résoudre, et les analystes de politiques de la santé ont des opinions ou des jugements divergents sur l'importance que les gouvernements attachent à différents objectifs et priorités en matière de soins de santé. Nous pensons néanmoins que bien des provinces considéreraient le contrôle des coûts et des dépenses au titre des soins de santé comme leur principale priorité ou leur premier objectif. Les déficits des provinces, le fait que les budgets de la santé représentent le plus gros poste de dépenses des budgets provinciaux, la tendance continuelle du gouvernement fédéral à réduire ses paiements de transfert (en proportion des dépenses faites pour les soins de santé) et le fait que le coût des services médicaux augmente rapidement font que le contrôle des coûts et des dépenses constitue la principale priorité des gouvernements provinciaux.

Plusieurs autres objectifs dérivent du contrôle des coûts ou des dépenses. Il est utile de les distinguer car, même si le fait d'essayer de les atteindre peut aider le gouvernement à respecter sa priorité, savoir limiter les coûts, ces objectifs sont valables et importants pour d'autres raisons également. Il y a notamment le fait que l'on essaye de consacrer certaines des ressources qui servaient à soigner les maladies dans les hôpitaux et dans les cabinets de médecins à la promotion de la santé, à la prévention de la maladie et aux services communautaires. Un objectif très important du gouvernement consiste à encourager les responsables à utiliser le personnel sanitaire de façon judicieuse pour la bonne raison que les services médicaux sont des services à forte proportion de main-d'oeuvre, et qu'ils constituent l'élément le plus coûteux de la plupart des systèmes de prestation des soins de santé. La réduction de la demande per capita ainsi que l'utilisation de lits dans les hôpitaux et dans les établissements en général est une autre priorité importante des pouvoirs publics. Si l'on veut réaliser des économies durables voire permanentes sur les dépenses effectuées pour les soins de santé, à toutes fins utiles, il est absolument essentiel de réduire le nombre d'hospitalisations et la durée des séjours à l'hôpital, et surtout la proportion de lits.

Les gouvernements provinciaux n'ont pas dit très franchement ni très clairement quelle était la méthode de rémunération des médecins la plus souhaitable, sans aucun doute pour éviter une confrontation ouverte avec le corps médical. Il est vrai qu'ils ont encouragé et augmenté la proportion de médecins recevant un salaire ou payés selon la formule per capita. Ils ont déclaré que ces méthodes de rechange étaient souhaitables à certains égards et qu'elles ont permis de réaliser certaines économies (parfois très impressionnantes) au niveau des coûts des soins de santé. Ils ne se sont pas donné beaucoup de mal toutefois, pour essayer d'appliquer la formule per capita ou la formule salariale à un grand nombre de médecins payés à l'acte. Bien souvent, cet objectif est implicite dans les réformes annoncées par les gouvernements. Lorsqu'ils disent qu'il faut "encourager les médecins à utiliser de façon plus judicieuse les ressources consacrées aux soins de santé" ou, lorsqu'ils parlent, d'une façon plus directe, de "gamme de services appropriée", c'est une façon délicate de dire que la méthode de la rémunération à l'acte incite fortement les médecins à offrir trop de services aux malades. Dans la récente déclaration qu'elle a faite au sujet d'un nouveau système de prestation des services de santé, où il est question d'organisation globale de la santé (Caplan, 1989), la ministre de la Santé de l'Ontario dit que "l'organisme sera financé par le ministère en fonction du nombre de membres... les médecins seront payés par l'organisme plutôt que par l'OHIP. Ils négocient directement leur rémunération avec leurs partenaires du CHO" (Caplan, 1989, 5). Elle ne dit pas que les médecins doivent être payés selon la formule salariale ou selon la formule per capita. Il paraît que le CHO peut contribuer à résoudre une bonne partie des problèmes fondamentaux qui se posent dans le domaine des soins de santé à l'heure actuelle. Huit problèmes sont cités, mais, on ne propose dans aucun cas un mode idéal de rémunération des médecins (Caplan, 1989, 7-8). Par contre, dans un modèle analogue appelé l'OSIS, qui est en vigueur au Québec, on dit franchement que la formule salariale et la formule per capita sont les méthodes de paiement préférées (Brunelle, 1988). Nous considérons l'adoption de ces formules comme une priorité gouvernementale et un objectif important, même si les bureaucrates et les hommes politiques provinciaux n'ont bien

souvent pas eu le courage de le dire. Notre jugement est basé sur des observations solides; en effet, il est fondé sur l'étude théorique et empirique des répercussions des différentes méthodes de rémunération des médecins (Evans, 1984).

Tous les gouvernements provinciaux ont envisagé, d'une façon ou d'une autre, de mettre au point d'"autres modèles" de pratiques médicales. Cet objectif a donné lieu à bien des projets et à bien des discussions au cours des dernières années (le CHO en Ontario et l'OSIS au Québec, par exemple). Invariablement, les "modèles de rechange" sont considérés comme un moyen de remplacer la méthode de la pratique médicale solitaire basée sur la rémunération à l'acte. Lorsqu'on parle des modèles de rechange, on ne précise pas vraiment si ceux-ci doivent impliquer nécessairement l'adoption de la formule per capita, ou de la formule salariale, ou encore d'une méthode hybride pour la rémunération des médecins. Compte tenu de ce qui a été dit précédemment, nous voudrions le croire, mais cela n'a pas d'importance dans le cadre de l'étude qui nous occupe. Nous considérons l'élaboration d'autres modèles de prestation des soins de santé et d'autres méthodes de rémunération des médecins comme des objectifs légitimes et importants dans le cadre de la réforme des services de santé. Tant mieux si les deux se renforcent mutuellement.

Les gouvernements ont un autre objectif qui se rattache aux soins de santé, mais non pas directement. La façon dont les pouvoirs publics financent ou budgétisent les services de soins de santé prend de plus en plus d'importance depuis quelques années. Ils se sont efforcés de rendre les coûts et les budgets des soins de santé plus prévisibles. À peu près la moitié des provinces ont essayé ou essayent d'établir des contrôles ou des limites d'utilisation dans le cadre du processus de négociation des tarifs. Elles ont constaté que même des augmentations de tarifs proportionnellement faibles ont entraîné une forte hausse imprévue des sommes versées aux médecins rémunérés à l'acte, en grande partie à cause des changements qui se sont produits dans la gamme et la quantité de services. Les budgets des hôpitaux n'ont pas été suffisamment prévisibles non plus, comme le montrent les fréquents déficits, parfois élevés. Par conséquent, la prévisibilité ou une certaine limitation des dépenses sont devenus un objectif important pour les ministères de la Santé, sans aucun doute à la demande ou à la suite de pressions des ministères des Finances.

Au cours de la dernière décennie, toutes les provinces ont déclaré que l'intégration de services de santé disparates, et l'intégration ainsi que la coordination des services de santé avec d'autres programmes publics concernant les services sociaux, l'éducation, le logement, la création d'emplois et la sécurité du revenu constituent une stratégie importante pour le présent et pour un avenir assez rapproché. Cet objectif a pris de l'importance et il a acquis une certaine crédibilité grâce à plusieurs idées, et surtout grâce à l'optique préconisée par l'Organisation mondiale de la santé, au fait que l'on s'est rendu compte que, malgré l'accroissement des mesures d'assistance publique, certaines personnes nécessiteuses n'arrivaient pas à obtenir de l'aide, et que le manque de coordination avait entraîné la création de services faisant double emploi, ce qui est coûteux, ainsi qu'un certain manque d'efficacité des systèmes de prestation. La meilleure façon d'illustrer ces problèmes, c'est d'examiner le cas de certains groupes socio-économiques comme les personnes âgées, les populations autochtones et les mères seules. La solution à ces problèmes se trouve dans des politiques publiques saines.

Un objectif relativement récent des gouvernements dans le domaine des soins de santé consiste à encourager les citoyens à prendre davantage leur santé en charge. Cela n'a rien à voir avec le fait que les patients doivent assumer une plus grande responsabilité financière par l'intermédiaire du ticket modérateur ou de la surfacturation. Ces formules ont été rejetées par la Loi canadienne sur la santé, même si d'aucuns trouvent que le système du ticket modérateur réapparaîtra un jour (Community Health Co-operative Federation of Saskatchewan, 1989). La responsabilité personnelle découle davantage des changements de comportement qui se sont produits à la suite de l'adoption de programmes de promotion de la santé et d'autres programmes de la prévention de la maladie et des accidents. Nous espérons qu'elle implique également dans

une large mesure une plus grande participation aux décisions portant sur le choix du traitement et des soins. Il s'agit aussi de l'autogestion de la santé ainsi que des initiatives et programmes d'entraide. Les pouvoirs publics réagissent maintenant d'une façon plus consciente et plus sensible lorsqu'on leur reproche de rejeter la responsabilité sur la victime et, par conséquent, leur attitude a évolué depuis l'orientation et la perspective qui étaient implicites dans le document de M. Lalonde (1974).

Un autre objectif que le gouvernement s'est fixé il y a relativement peu de temps consiste à permettre la participation communautaire à la planification et à la gestion des services. De nombreux groupes de travail et commissions d'enquête de ce genre ont recommandé une décentralisation plus forte et plus efficace des tâches de planification et de gestion. On a constaté que la décentralisation était un objectif insaisissable et difficile à atteindre pour tous les gouvernements du Canada. La véritable attitude des pouvoirs publics à l'égard de la participation communautaire est difficile à mesurer. Il suffit de dire que, jusqu'à présent, elle n'a rien d'impressionnant.

On insiste davantage sur la nécessité d'évaluer les politiques, les programmes et les systèmes de prestation dans le domaine de la santé. Le souci d'efficacité et de rentabilité saute aux yeux, compte tenu des considérations qui précèdent. Bien des gouvernements provinciaux ont amélioré leur capacité d'évaluer les programmes. Presque partout, l'évaluation est obligatoire pour pouvoir proposer de créer de nouveaux programmes ou d'étoffer les programmes existants. L'insistance sur l'évaluation dérive, cela va de soi, de la nécessité pour les gouvernements de limiter les coûts et d'obtenir de meilleurs résultats avec les ressources qu'ils ont engagées dans les soins de santé.

Une forte priorité des gouvernements sur laquelle on insiste beaucoup, c'est de favoriser une plus grande équité dans la répartition des services de soins de santé (ainsi que des autres services découlant des politiques sociales), dans l'optique de réduire les inégalités qui existent encore au Canada dans ce domaine. Il existe des obstacles culturels, sociaux, géographiques, linguistiques et autres à l'accès. L'insuffisance des soins offerts est peut-être la principale raison de la difficulté d'accès. La complexité des systèmes de prestation en est une autre; la répartition et le manque de coordination des services de santé et des autres services dont ont besoin un nombre croissant de personnes âgées, de jeunes et certaines catégories de femmes, etc., constituent un obstacle supplémentaire. Alors que les services d'assurance-maladie sont accessibles à tous aux mêmes conditions, les besoins sont loin d'être les mêmes et, pour les satisfaire, il faut des systèmes de prestation passablement différents. Nous le répétons: pour bien des gens, l'accès ne devient plus facile que si les services sont intégrés à un système de prestation comme les coopératives de services de santé et autres centres qui sont la propriété de, et administrés par les consommateurs.

4.3 LES CENTRES DE SERVICES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES : UNE SOLUTION RECOMMANDÉE

D'après ce qui précède, il appert que les coopératives de services de santé et autres centres pris en charge par les consommateurs sont un excellent moyen d'atteindre la plupart, sinon tous les objectifs et priorités du gouvernement. C'est davantage vrai pour les centres de services de santé communautaires que pour les HSO, et certainement que pour les pratiques privées basées sur la rémunération à l'acte. Il n'est dès lors pas étonnant que ces centres aient été fortement recommandés par pratiquement toutes les études et enquêtes importantes que les gouvernements provinciaux et fédéral ont fait faire depuis la fin des années 60, sans parler des nombreuses autres études effectuées par des organismes indépendants. Parmi les nombreux rapports importants dans lesquels la création de tels centres a été recommandée, il y a celui des comités d'étude sur le coût des services sanitaires au Canada (1969), le rapport Hastings (1972), le rapport Castonguay-Nepveu (1970), les rapports Anderson et Crichton (1973) et le rapport Foulkes (1973). Depuis lors, de nombreux autres rapports ont confirmé ou réitéré ces recommandations. La plupart de ces recommandations n'ont pas fait officiellement l'objet de grosses critiques. Mal-

heureusement, sauf au Québec, elles n'ont pas été suivies comme on l'espérait, loin de là. On s'attendait à ce que les centres de services de santé communautaires se multiplient au Canada, mais cela n'a pas été le cas.

Ainsi, en Ontario, la Direction de la santé communautaire du ministère de la Santé administre les programmes de HSO, de CHC et de CHO, mais non pas les centres proprement dits. La coordination des soins à domicile ou des placements n'est plus financée par cette direction. On a affecté un peu moins de 3 p. 100 du budget total de ce ministère pour l'année 1986-1987 à la Direction de la santé communautaire. On a précisé, toutefois, que cela ne comprend pas les paiements qui ont été faits aux CHC et aux HSO par la Division de l'assurance-santé du ministère; par conséquent, au total, les fonds destinés aux CHC et aux HSO sont supérieurs aux 3 p. 100 du budget affectés directement à cette direction.

En 1987, il y avait 12 CHC en Ontario; à l'heure actuelle, 33 CHC sont approuvés et on envisage la création de plusieurs autres. L'objectif, qui était de "doubler le chiffre pour atteindre 6 p. 100 d'ici 1992" (Kagis and Muckle, 1987, 2), a déjà été dépassé et le nombre de CHC devrait continuer à augmenter puisqu'on s'attend à ce que l'on annonce la création de nouveaux centres. En 1989-1990, les fonds de fonctionnement du ministère pour les CHC s'élevait à 23,4 millions de dollars et on prévoit qu'ils augmenteront de 42 p. 100 pour atteindre 33 millions de dollars en 1990-1991. On a également prévu une dépense d'investissement d'environ 10 millions de dollars. Si ces chiffres semblent bas comparativement aux sommes affectées aux éléments traditionnels du système des soins de santé, il reste qu'ils sont très encourageants.

4.4 LES RAISONS D'UNE CROISSANCE RESTREINTE

Voici quelques-unes des principales raisons pour lesquelles les centres de santé communautaires ne se sont pas multipliés à un rythme aussi rapide que prévu. Sauf au Québec, et pendant de très brèves périodes dans quelques autres provinces, les gouvernements n'ont pas manifesté la volonté politique nécessaire pour encourager la création de coopératives de services de santé ou de centres de services de santé communautaires. Il convient de signaler que ni les pouvoirs publics ni le corps médical ne font beaucoup de différence entre les deux.

Des fonds insuffisants sont une des principales raisons pour lesquelles ces centres ne se sont pas multipliés rapidement et leurs programmes n'ont pas été aussi étendus qu'on aurait pu s'y attendre. Les gouvernements ont prévu des budgets de programmes et des fonds d'investissement trop restreints; il est difficile de trouver de l'argent ailleurs et, de toute façon, serait insuffisant.

Cette absence de volonté politique a influencé l'attitude des bureaucrates. Le fait que, pendant les premières années, les fonctionnaires des ministères de la Santé n'aient pas fait preuve de beaucoup d'enthousiasme à l'égard de ces centres et qu'ils n'aient pas facilité les choses sur le plan administratif n'a pas favorisé non plus leur multiplication ni la création de grands centres (Badgley, 1979).

Chose curieuse, la situation laisse également à désirer sur le plan législatif. Les praticiens et les administrateurs ne savaient pas très bien où ils allaient faute de définitions et d'objectifs, et en raison de la complexité des démarches administratives, il était difficile de créer de nouveaux centres et d'agrandir ceux qui existaient. D'un point de vue politique, il est plus facile de financer insuffisamment les installations et les programmes dont le rôle ou les responsabilités ne sont pas sanctionnés par une loi. Les efforts déployés par les pouvoirs publics pour enrayer la croissance de leurs dépenses ont eu tendance à nuire aux plus démunis; par ailleurs, les centres n'ont pas beaucoup de pouvoirs politiques, et leurs budgets sont restreints. Cette situation ne facilite pas non plus le recours aux services d'autres professionnels de la santé que des médecins. Par conséquent, "on a permis le recours aux services d'infirmières de première ligne, mais cela n'a pas été légalisé par une loi ni reconnu au niveau du financement" (Kagis et Muckle, 1978, 16).

L'opposition que manifestent les hôpitaux à l'égard de ces centres et surtout la hargne du corps médical sont peut-être les principales raisons de leur croissance restreinte. L'absence de volonté politique et d'aide de la part des bureaucrates est souvent due à une forte pression de la part des membres de la profession. Les centres ont été menacés de poursuites devant les tribunaux pour "publicité" et pour "atteinte à l'éthique professionnelle" (Kettilson, 1985). Les HSO ont été, eux aussi, la cible de critiques sévères et de graves soupçons de la part du corps médical (Linton et Peachey, 1987; Peachey, 1987; Ontario Medical Association, 1987). Le CHC doit être considéré par les médecins comme un modèle pire que les autres à cause des différences qui existent entre les CHC et les HSO, notamment le fait que les CHC soient sous contrôle communautaire, qu'ils mettent davantage l'accent sur le travail d'équipe et qu'ils aient adopté un style très différent. Les médecins trouvent le système de rémunération per capita et la formule salariale acceptables, mais ils préfèrent de loin la méthode du paiement à l'acte; ils ont d'ailleurs toujours été disposés à lutter avec acharnement et à exercer des pressions auprès de leurs confrères pour qu'elle reste la méthode de paiement la plus courante. Les associations médicales et hospitalières ont énormément d'influence sur les politiques en matière de santé, surtout au niveau provincial. Les hôpitaux ont, eux aussi, considéré les CHC comme une menace envers leur autonomie et leur mission, et comme des concurrents pour les budgets des services de santé (Hastings, 1986). Les conflits et l'antipathie qui existent entre les centres de services de santé et les médecins ne datent pas d'hier et il arrive que la situation s'envenime. La plupart des gouvernements ont cherché volontairement à éviter toute concurrence entre les médecins et les centres de services de santé communautaires. C'est pourquoi la collectivité ou les dirigeants des groupes de consommateurs doivent prouver l'existence de certains besoins. Un médecin qui a une pratique privée et qui est rémunéré à l'acte ne doit pas fournir de telles preuves avant de pouvoir demander et de recevoir un numéro de facturation.

Un autre facteur qui explique que ces centres ne se soient pas multipliés rapidement, c'est la difficulté de recruter et de retenir du personnel médical. Le corps médical, par l'intermédiaire de ses différentes associations, n'admet pas le "statut d'employé" qu'ont les médecins dans les CHC. Les centres qui ont des budgets (pas ceux qui ont adopté la formule per capita) se voient imposer des échelles salariales peu réalistes, surtout lorsqu'il s'agit de recruter des spécialistes (Griffith, 1987). Le taux de roulement élevé perturbe les efforts collectifs et la continuité, et il sape le moral des employés du centre. Les malades sont, eux aussi, mécontents en raison des incertitudes et des ruptures engendrées par un taux de roulement aussi élevé. L'attachement des malades à un médecin donné est souvent sous-estimé, ce qui nuit à la réputation d'un modèle de prestation des soins de santé très intéressant.

L'absence d'éducation des membres constitue peut-être un autre obstacle à la croissance. La participation des malades et de la collectivité aux nombreuses activités concernant le centre est absolument essentielle et elle a un "effet de démonstration" puissant sur le plan politique. Après tout, le contrôle et la participation communautaires constituent un des principes fondamentaux des CHC. Il existe des obstacles socio-économiques et professionnels complexes à un contrôle communautaire efficace sur les services de santé (Brown, 1978; Metsch et Veney, 1976; Kelin, 1978). Les conflits entre les conseils d'administration constitués de simples citoyens et les professionnels ne sont pas rares du tout (Lum, 1975; Kettilson, 1985). Le public n'est généralement pas au courant des autres systèmes de prestation, ou il ne s'y intéresse pas beaucoup, et il ignore qu'il peut jouer un rôle ou influencer la nature et l'organisation des soins qui lui sont offerts. Il est nécessaire et indispensable de "vendre" l'idée des coopératives et des centres de services de santé communautaires. Jusqu'à présent, la commercialisation n'a pas été suffisante et, par conséquent, le public n'est pas très au courant des nombreux avantages offerts par ce modèle.

Ce que nous appelons le problème d'"image" des coopératives et autres centres de services de santé pris en charge par les consommateurs est une raison majeure de la lenteur observée dans la croissance de ce secteur. Selon une idée fortement ancrée, les CHC sont là pour servir principalement, voire exclusivement, certains groupes de citoyens défavorisés. (Ce n'est pas le

cas pour les HSO). C'est compréhensible. Comme nous l'avons déjà signalé, les CHC sont parvenus à répondre aux besoins des défavorisés. On pense, par ailleurs, que certains groupes socio-économiques ou démographiques ont besoin de services intégrés. L'accent qui est mis sur les services sociaux et de santé (ou plutôt sur l'aspect social) ne plaît pas beaucoup à bien des gens qui ne se considèrent pas comme "défavorisés" ou qui ne risquent pas de le devenir. Le fait que les CHC soient situés en pleine ville, à proximité des quartiers défavorisés et pauvres, où les risques sont élevés, n'arrange vraiment pas les choses. L'inclusion des "groupes prioritaires" fait partie de la définition que le ministère de la Santé de l'Ontario donne des CHC. Ce n'est pas ce qui avait été recommandé ni voulu dans le rapport Hastings (1972). Fait ironique, mais compréhensible, compte tenu du fait que les budgets des CHC sont très restreints, ces derniers ont été forcés d'accorder encore plus d'attention aux couches pauvres et défavorisées de la population. Cette dialectique encourage les gens à les considérer comme un service "pour les pauvres". Ils n'ont pas été considérés comme une autre source de soins de santé primaires pour la classe moyenne ou pour les nantis. Les CHC ont donc été "marginalisés", un peu comme leurs clients.

Il existe un autre obstacle à l'expansion et à la croissance des CHC : on considère qu'ils viennent se greffer aux services actuels, et non pas un remplacement. Ils peuvent certes remplacer ou compléter, mais ce préjugé subsiste dans l'esprit des gens. La confusion vient du fait que les CHC s'efforcent vraiment de répondre à des besoins négligés. Le meilleur moyen d'y arriver consiste à adopter des programmes complémentaires qui font réaliser certaines économies dans les programmes courants, puisqu'ils permettent de ne pas avoir à utiliser ces derniers aussi souvent. Bien sûr, pour répondre à des besoins négligés, les CHC doivent avoir des budgets plus importants. Les ministères de la Santé, les services sociaux, voire d'autres ministères, se demandent à quels centres il faut accorder des budgets plus importants, et dans quelle proportion il convient d'accroître ces budgets, ce qui complique les choses et ne favorise pas l'innovation ni l'expansion.

4.5 DE MEILLEURES CHANCES DE RESPECTER LES PRIORITÉS ET D'ATTEINDRE LES OBJECTIFS GOUVERNEMENTAUX

Les coopératives et autres centres de services de santé qui sont la propriété de, et administrés par les consommateurs aident manifestement le gouvernement à respecter ses priorités et à atteindre ses objectifs. On peut le constater d'ores et déjà, et ils pourraient donner des résultats encore meilleurs moyennant quelques modifications apportées par eux ou par le gouvernement. Nous pensons que c'est surtout au niveau de la responsabilité du gouvernement que la situation doit changer, mais ce sont les centres et le mouvement coopératif qui doivent déclencher le processus. Avant d'aller plus loin, signalons qu'il serait facile de mettre en oeuvre une réforme des services de santé qui réponde plus ou moins aux critères suivants : (a) le gouvernement doit pouvoir profiter de la majeure partie des économies résultant de la réforme, (b) elle doit satisfaire les consommateurs et (c) elle doit satisfaire les dispensateurs et les organisateurs des soins de santé. Les réformes qui ne répondent pas à un ou à plusieurs de ces critères seront d'autant plus difficiles à appliquer.

Le Conseil canadien de développement social (1985) a tenu en 1985 une conférence importante basée sur le thème suivant : "Les soins de santé et les services sociaux communautaires". Elle a recommandé des initiatives et des réformes, sur plusieurs fronts, que nous n'allons pas énumérer de long en large. Nous allons mentionner celles qui nous intéressent tout particulièrement dans le cadre des thèmes abordés dans ces sections, et nous en signalons quelques autres que nous jugeons utiles.

"Il faut, par conséquent, qu'un engagement politique portant sur le développement de services sociaux et de santé communautaires soit accompagné d'engagements parallèles portant sur un remaniement des priorités en matière de financement. Adopter la politique sans garantir les moyens nécessaires pour qu'elle fonctionne, c'est comme confier des responsabilités à d'autres

tout en conservant l'argent" (CCDS, 1985, 7) [traduction]. Il faut accorder davantage d'aide financière aux CHC. Cette aide se présenterait sous la forme de subventions de démarrage; de prêts exonérés d'intérêts ou de garanties de prêts, ou encore des deux; de capitaux proportionnels aux réductions prévues dans la capacité des hôpitaux; mêmes exemptions d'impôts municipaux et de taxe de vente que celles accordées actuellement aux hôpitaux; capitaux d'amorçage fédéraux et/ou provinciaux pour les efforts déployés sur le plan de l'organisation et de la commercialisation; et, surtout, des fonds de fonctionnement proportionnels à l'ampleur de la réforme du système des soins de santé faite par les CHC. Il convient d'insister sur le fait que cela ne signifie pas que le gouvernement doit injecter des fonds entièrement "nouveaux" ni des fonds "supplémentaires" dans les CHC. Une bonne partie de ces fonds peuvent provenir de la "réaffectation" des budgets actuels; autrement dit, en augmentant très légèrement les budgets des hôpitaux, on peut libérer des sommes relativement importantes pour le développement des CHC. Pour que le gouvernement bénéficie de l'expansion des CHC, il doit s'efforcer de réduire la capacité des hôpitaux et des établissements en général en proportion de la diminution du taux d'utilisation de ces installations et prendre les mesures nécessaires pour y arriver. S'il ne le fait pas, c'est entièrement de sa faute et non pas de la faute des CHC, cela va de soi. Jusqu'à présent, ce sont les pouvoirs publics qui ne sont pas parvenus à récupérer les économies que permettent de réaliser les CHC et les HSO. Un système de financement permanent et stable satisfera également les clients ou les membres des CHC et, bien sûr, les dispensateurs et les organisateurs des soins dans ces CHC. Les gouvernements provinciaux doivent cesser de vouloir que ces fonds soient renégociés chaque année, et ils doivent choisir une méthode de budgétisation à longue échéance afin de permettre aux CHC de mieux planifier et de mieux gérer les ressources.

Il paraît que, avant tout, les gouvernements veulent contrôler les coûts. En fait, d'aucuns prétendent même que, d'une façon générale, il ne s'intéresse pas à la qualité des soins ni aux autres objectifs dont nous avons parlé ci-dessus. Nous ne pensons pas que le contrôle des coûts soit l'unique objectif des pouvoirs publics, mais nous reconnaissons que c'est le principal pour le moment. Au Canada, le contrôle des coûts demeure fondé en grande partie sur le principe des réductions, des blocages et des restrictions. Par conséquent, on a procédé à certaines réductions dans le régime d'assurance dentaire et dans le régime de distribution des médicaments d'ordonnance de la Saskatchewan. Les provinces se sont opposées (en vain) à la Loi canadienne sur la santé qui les a forcées, en réalité, à renoncer à la surfacturation et au ticket modérateur. Il a fort été question des mérites de la privatisation, mais cette stratégie est, elle aussi, douteuse (Manga et Weller, 1982; Stoddard et Labelle, 1984). Les stratégies de contrôle des coûts employées jusqu'à présent n'ont pas donné de très bons résultats. Il semble maintenant que les gouvernements n'aient pas le choix, et qu'ils doivent songer à modifier les systèmes de prestation des soins de santé afin de pouvoir réaliser les économies qu'ils veulent faire. Peu importent les réticences qu'ont les hommes politiques à l'endroit des CHC, la nécessité de contrôler les coûts devrait rendre ce modèle ainsi que d'autres mécanismes de prestation attrayants aux yeux des gouvernements provinciaux. Certes, le fait que le modèle des CHC permette de réaliser des économies au niveau des coûts des services médicaux n'est pas nécessairement la principale raison, en tout cas pas l'unique raison, pour laquelle il devrait être favorisé. Pour que les CHC se développent au Canada, il faut permettre au gouvernement d'atteindre ses objectifs et de limiter les coûts. C'est le critère sur lequel le gouvernement fonde actuellement ses décisions en matière d'affectation des ressources.

Les CHC doivent prendre leurs responsabilités au sérieux pour répondre aux besoins de la collectivité et respecter les principes du contrôle, de la planification et de la gestion communautaires. Ils doivent forcer le gouvernement à adhérer au principe de la décentralisation et de la participation communautaire à la prise de décisions en matière de services médicaux. Les CHC devraient éviter de se laisser prendre au jeu des subventions pour se procurer les fonds nécessaires pour financer leurs programmes, et il faut demander aux provinces de faire preuve d'une plus grande souplesse dans les programmes et de cesser de les axer principalement sur les services offerts par les médecins.

Il a été recommandé maintes fois que les gouvernements provinciaux finissent par accorder aux centres de services de santé communautaires l'importance qu'ils méritent en tant que mode de prestation des services de santé. Il y a longtemps que l'on attend une loi précisant le rôle, le mode de financement, la structure, les responsabilités et les principes ainsi que les caractères opérationnels des CHC. Pour plus d'efficacité, il faut garantir aux CHC certaines règles, politiques et méthodes fondamentales régissant leurs relations avec le gouvernement. Leur financement et tout ce qui en découle ne doit pas être soumis aux caprices des hommes politiques et des bureaucrates actuellement en place.

Les gouvernements provinciaux devraient favoriser la concurrence entre les médecins rémunérés à l'acte et les CHC. Il faut laisser au public le soin de décider quel système il préfère. Cette liberté de choix devrait être favorisée tant par les CHC que par les médecins payés à l'acte afin d'améliorer la qualité des soins et des autres services qu'ils offrent. Les consommateurs s'intéressent beaucoup à la qualité des soins, aux genres de services offerts, à la continuité dans les soins, à la possibilité de voir un médecin dans de brefs délais et d'avoir accès à un lit d'hôpital lorsque c'est nécessaire. Ils s'intéressent moins aux questions qui touchent à l'efficacité relative des systèmes de rechange. Il est difficile et probablement inutile d'essayer de leur faire prendre davantage conscience des problèmes de coût. Il n'y a pas si longtemps encore, les ministères de la Santé faisaient des efforts délibérés pour empêcher les CHC de faire concurrence aux médecins rémunérés à l'acte. Nous insistons sur le fait que la concurrence entre les deux n'incite pas les médecins rémunérés à l'acte à donner moins de soins ni à dispenser des soins moins coûteux. Ce n'est pas nécessairement vrai pour les CHC; leur survie et leur croissance dépendra à la longue de leur capacité de réaliser des économies. En bref, les CHC doivent non seulement convaincre leurs clients qu'ils offrent une meilleure gamme de services et des services aussi bons, voire meilleurs que leurs concurrents, mais ils doivent également prouver au gouvernement qu'ils sont, par ailleurs, plus rentables.

Les associations qui représentent les coopératives et autres centres de services de santé qui sont la propriété de, et administrés par les consommateurs devraient faciliter la création de réseaux coopératifs afin d'accroître l'efficacité et d'améliorer la gestion de ces centres. Les centres de services de santé communautaires ne constituent pas un groupe homogène, et leur degré de réussite au niveau des programmes, leur degré d'efficacité dans l'utilisation des ressources et ainsi de suite varient. L'idée de "satellisation", savoir qu'un centre de santé communautaire bien établi, qui a de l'expérience et qui marche bien aide à créer, à organiser et à gérer un nouveau centre pendant un certain temps jusqu'à ce que celui-ci ait acquis l'expérience, les habitudes et les systèmes nécessaires pour devenir parfaitement indépendant, est une bonne idée. Pour les pouvoirs publics, une telle satellisation multiplie les chances de réussite, mais nous n'avons nullement l'intention d'insinuer que c'est le seul moyen d'accroître le nombre ou l'importance des centres de services de santé communautaires.

Les associations pourraient également jouer un rôle utile en donnant au gouvernement la certitude que la coopération entre les différents centres, et entre ceux-ci et les autres systèmes de prestation de soins, devrait entraîner une diminution du nombre de programmes faisant double emploi, et qu'elle permettrait d'améliorer la planification à l'échelle locale et de mieux partager les rares ressources, tant humaines que matérielles. La création de réseaux peut accroître l'efficacité, notamment dans l'utilisation des spécialistes, ou de ressources d'équipement comme les laboratoires, ou encore du matériel qui doit servir beaucoup pour être rentable (économies d'échelle). Les associations de CHC pourraient également aider les gouvernements à accroître l'efficacité des différents systèmes d'exécution en améliorant le système informatique de gestion et en établissant des systèmes efficaces de surveillance et de statistiques. Comme nous l'avons dit dans un chapitre antérieur, les CHC ont souvent demandé plus de planification et une évaluation plus poussée des programmes de santé. Il est sage de réclamer de telles évaluations et de réclamer un système de financement ininterrompu ou une modification du système actuel. L'évaluation des programmes augmente les chances de rentabilité des CHC. Il s'agit d'une manière astucieuse d'encourager le gouvernement à faire davantage d'évaluations des autres

modèles de prestation des soins de santé (et pas seulement des CHC). Il va sans dire que si la coopération entre les CHC et le gouvernement au niveau de la planification et de l'évaluation doit s'intensifier, les deux parties doivent éviter une certaine bureaucratisation du système, et elles doivent respecter leurs rôles et leurs responsabilités respectifs. Les bureaucrates craignent souvent la perte de contrôle qu'entraîne une certaine décentralisation des prises de décision, même s'ils ont, en fin de compte, la main-haute sur les budgets et les politiques générales qui régissent les différents systèmes de prestation des soins de santé.

Les CHC aideraient davantage le gouvernement à respecter ses priorités et à atteindre ses objectifs, et celui-ci pourrait à son tour les aider davantage, si l'on faisait un effort concerté pour que l'on cesse de considérer les CHC comme des "centres de services de santé pour les pauvres" et qu'on les considère plutôt comme des services destinés à toute la population. Tout le monde y gagnerait; c'est-à-dire, tout le monde a intérêt à prévoir un nouveau rôle et à modifier l'image des CHC. Les gouvernements provinciaux qui obligent actuellement les CHC à répondre aux besoins des couches défavorisées de la population doivent changer d'attitude à cet égard. Autrement dit, le CHC ne doit pas être considéré comme un système bouche-trou, même si les lacunes à combler sont les difficultés d'accès, la plus grande fréquence de la maladie dans certaines couches de la population et la nécessité d'offrir des services spécialisés. Il devrait suffire de leur attribuer un mandat plus général. Il ne faudrait pas non plus limiter géographiquement la zone dans laquelle les CHC peuvent recruter leur clientèle. Le style, la mission et les principes des CHC sont tels que l'on peut partir du principe qu'ils s'efforceront de répondre aux besoins des défavorisés et des pauvres. Pour inciter tous les gens à fréquenter de leur plein gré les CHC, il faut favoriser, par contre, le principe de la participation et du contrôle communautaires dans la planification des programmes et adopter les principes sur lesquels reposent leur fonctionnement et leur gestion. On pourra également rehausser l'image des CHC en améliorant les installations, en reconnaissant leur utilité et en leur garantissant un système de financement régulier dans le contexte d'une loi; par l'entremise de la publicité faite par les CHC ainsi que par le gouvernement; en appliquant des programmes de contrôle de la qualité; en réduisant le roulement du personnel, surtout chez les médecins, grâce à une meilleure rémunération et à de meilleures conditions de travail; et en accordant une priorité plus grande aux CHC dans les différents services et organismes gouvernementaux. Précisons que nous ne préconisons pas que les CHC cessent de mettre l'accent sur la multitude de services offerts, sur l'intégration des services, ni de s'occuper des défavorisés. Ces objectifs sont compatibles, avec une perspective plus large, pour ce qui est du recrutement de la clientèle. Certains CHC ont d'ores et déjà une clientèle plus variée, tout en respectant les principes et les méthodes recommandés dans le présent rapport. De toute façon, il faudra que les CHC et les gouvernements essayent de résoudre ce problème d'image.

Dans pratiquement tous les pays occidentaux, l'intégration de la santé à d'autres services publics s'est avérée difficile. La nécessité et l'utilité d'intégrer et de coordonner les services sont, par ailleurs, des principes reconnus universellement. Jusqu'à présent, les difficultés et les échecs sont dus en grande partie aux gouvernements et à la mauvaise organisation des systèmes de prestation. En premier lieu, les bureaucraties ne sont pas toutes très bien organisées, et la planification ainsi que la coordination entre les différents ministères ne sont ni très développées, ni faciles à réaliser. Il vaudrait mieux que les organismes chargés d'assurer ces services s'occupent, eux-mêmes, de l'intégration des services en fonction des besoins et des desiderata de la collectivité qu'ils desservent. C'est que tous les groupes n'ont pas nécessairement besoin de services intégrés et que les personnes les plus directement concernées sont mieux en mesure (que le gouvernement) de voir ce qu'il faut faire. Les associations de CHC peuvent apporter un concours précieux dans le domaine de l'intégration et de la coordination des services et collaborer avec le gouvernement pour l'aider à élaborer les politiques, la structure, les programmes appropriés et nécessaires. C'est tout bonnement impossible pour pratiquement tous les autres modèles de prestation des soins de santé. Les médecins rémunérés à l'acte ainsi que la plupart des HSO n'ont pas la compétence voulue, ou ils ne s'intéressent même pas aux problèmes dont nous venons de discuter.

Par ailleurs, les CHC pourraient aider davantage le gouvernement à respecter ses priorités, s'ils faisaient preuve d'une plus grande discipline sur le plan budgétaire, non pas qu'ils aient mauvaise réputation à cet égard. En fait, ils s'en tirent très bien mais ils devraient encore faire mieux. Les cabinets de médecins rémunérés à l'acte, ainsi que les hôpitaux, ont donné énormément de fil à retorde aux gouvernements sur le plan de la planification budgétaire. Les CHC peuvent faire preuve d'une discipline encore plus grande sur le plan financier en faisant des efforts du côté de la gestion et de l'administration. L'élaboration de nouveaux programmes de formation ou l'amélioration des programmes existants devraient être un bon investissement tant pour le gouvernement que pour les CHC.

Nous avons déjà dit que c'est en remplaçant des médecins par d'autres professionnels de la santé que l'on pourrait augmenter le plus l'efficacité et réaliser le plus d'économies. Les CHC donnent de meilleurs résultats que tous les autres modèles à cet égard. Pourtant, ils sont loin d'avoir donné leur pleine mesure, sans aucun doute à cause des conflits qui existent entre les professionnels et les conseils d'administration à propos d'un remplacement plus systématique, en raison de certaines incertitudes législatives, et surtout peut-être à cause des pressions politiques qui sont exercées à l'instigation des membres des professions menacées. Les CHC peuvent servir de champ d'expérimentation pour l'utilisation plus efficace des ressources humaines. Nous nous plaisons à croire que, étant donné l'excédent relatif de médecins, le recrutement ne devrait pas être aussi difficile qu'il ne l'a été. Un changement d'attitude et la formation de nouveaux diplômés devraient contribuer à faciliter un peu les choses à ce point de vue. Il est possible de garantir une meilleure rémunération, des avantages sociaux plus intéressants et ainsi de suite, et il faut envisager une telle solution pour attirer et retenir les médecins. Que les médecins reçoivent un salaire ou qu'ils soient payés selon la formule per capita, cela importe peu; ce qui importe, c'est que les CHC ne payent pas les médecins à l'acte, car cela permet au gouvernement d'atteindre un de ses objectifs, compte tenu des réticences qu'ont les CHC à l'égard de ce mode de paiement et de la difficulté qu'ils ont à l'accepter. Il serait utile et facile de dresser une liste des médecins disposés à travailler pour des CHC.

Nous avons déjà suffisamment parlé du caractère innovateur des CHC, et il n'est pas nécessaire de revenir là-dessus. Nous voudrions parler toutefois d'une idée qui mérite d'être examinée de plus près. Jusqu'à présent, les CHC ont manifesté une certaine réticence à l'égard des services de consultation sans rendez-vous ou des services des urgences. Ils considèrent que ces services ne cadrent pas avec leurs principes de médecine holistique. Par contre, il existe un besoin et une demande dans ce domaine, et il serait peut-être plus avantageux d'offrir ces services dans les CHC que dans les hôpitaux du fait que cela permettrait de réduire les coûts, de faciliter l'accès, de réduire les files d'attente aux services des urgences des hôpitaux, et surtout de rationaliser ceux-ci. Par ailleurs, ce serait peut-être une bonne occasion pour les CHC de parler aux clients de leur santé et des risques de détérioration de leur santé, et cela devrait également les aider à recruter de nouveaux membres. Cela ne va toutefois pas nécessairement de soi, et il convient d'examiner soigneusement la question avant de répandre l'idée dans le système des soins de santé.

En bref, il devrait être évident que les coopératives et autres centres de services de santé qui sont la propriété de, et administrés par les consommateurs peuvent aider davantage le gouvernement à respecter ses priorités et à atteindre ses objectifs qu'ils ne le font à l'heure actuelle. Nous tenons à répéter que, dans la plupart des cas, ce qu'il faut, c'est que le gouvernement agisse et que des liens coopératifs se forment entre le gouvernement et les centres. Par ailleurs, il est absolument essentiel de reconnaître officiellement les centres par le biais d'une loi, et de considérer qu'ils font partie intégrante du système des soins de santé, s'ils vont apporter les améliorations dont nous venons de parler.

Les services que peuvent offrir les CHC ou les résultats qu'ils peuvent obtenir sont-ils limités? Bien sûr. Pour le moment, ces limites sont dues aux contraintes budgétaires, à la difficulté d'engager et de retenir des professionnels extrêmement compétents et le fait que les CHC

s'attachent principalement à répondre aux besoins de certaines couches socio-économiques de la population. À mesure que ces contraintes s'estompent, les CHC pourront tout naturellement faire davantage, comme nous l'avons dit plus haut. Par contre, les CHC ne modifieront probablement pas tous les services sociaux et de santé. Ce ne serait d'ailleurs pas souhaitable. Les séjours à l'hôpital et une bonne partie des soins qui doivent être dispensés par des spécialistes devraient normalement rester en dehors des attributions des CHC. On pourrait envisager de faire une exception pour les centres communautaires ruraux, qui desservent une population rurale, ou pour les centres situés dans des régions isolées, où un petit hôpital, même s'il est jugé inefficace, peut garantir une certaine capacité au niveau de l'hospitalisation. Les CHC devraient continuer à s'occuper surtout de soins de santé primaires. Un certain chevauchement entre leurs activités et celles des services de santé publique est inévitable, mais il peut être réduit au strict minimum grâce à une certaine planification et à une certaine coopération; ce chevauchement peut même être encouragé et exploité. Une bonne partie des services auxiliaires et des services de diagnostic peuvent être assurés par d'autres organismes ou établissements que les CHC proprement dits lorsque les considérations d'ordre économique et la commodité entrent en jeu. Ces limites ne posent pas de problèmes pour les CHC ni pour les gouvernements. Les CHC peuvent très bien ne pas avoir l'exclusivité des soins de santé primaires au Canada. Un certain pluralisme dans les systèmes de prestation est inévitable, et il faut au contraire s'en réjouir.

Nous recommandons que les coopératives ou centres de services de santé communautaires continuent à axer leurs services sur les soins de santé primaires. Par contre, dans les régions rurales du Canada, il est non seulement possible mais aussi souhaitable d'adopter un mode d'intégration verticale englobant les services hospitaliers. Cette recommandation mérite une explication. À notre avis, c'est lorsqu'ils axent principalement leurs activités sur les services primaires que les CHC sont les plus utiles et qu'ils desservent le mieux les priorités et les objectifs gouvernementaux. Ces services cadrent très bien avec les principes et la doctrine sur lesquels ils reposent. L'autre solution est une variante des HMO américains ou une sorte de "HMO fait sur mesure pour le Nord" qu'on appelle les organismes de services de santé généraux, que l'on envisage sérieusement de créer en Ontario, ou les "organismes de soins intégrés de santé" (OSIS) du Québec. Le HMO américain, les CHO que l'on se propose de créer en Ontario, ainsi que les OSIS que l'on compte instituer au Québec, sont très différents des coopératives ou autres centres de services de santé communautaires auxquels est consacré le présent rapport. Nous allons expliquer brièvement ces différences. La comparaison la plus pertinente et la plus imagée est celle que l'on peut faire avec le modèle du CHO. Une telle comparaison permet de faire ressortir les différences qui existent entre les CHC et les CHO, et elle met très bien en valeur les traits particuliers du modèle des CHC.

Le modèle du CHO n'est pas encore en vigueur, bien que depuis deux ou trois ans, la question soit sérieusement étudiée et envisagée en Ontario. Les CHO offriraient une gamme de services étendue, notamment des services de médecins, des soins ambulatoires, des services d'hospitalisation et peut-être certains services qui ne sont pas couverts par l'assurance-maladie (selon les besoins). Ils offriraient ou coordonneraient certains services comme les maisons de repos ou des services de soins à domicile. Signalons toutefois qu'il s'agirait principalement de services de santé et pas nécessairement (et probablement pas non plus) d'intégrer les services de santé à d'autres. C'est donc, à notre avis, une différence très importante entre les CHO et les CHC. Il existe une autre différence marquée : si le CHO proprement dit doit être financé selon la formule per capita, il se pourrait que les médecins qui travaillent pour eux soient rémunérés à l'acte. Le modèle CHO ne précise pas comment les médecins doivent être rémunérés.

Jusqu'à présent, la forme et le degré de participation communautaire à l'élaboration des politiques, à la préparation des programmes et à l'orientation dans les CHO n'ont pas encore été expliqués clairement. Les CHC sont des établissements qui sont la propriété de, et administrés par la communauté; c'est du moins un des principes fondamentaux de la notion de coopérative. Nous doutons que, dans les CHO, la participation communautaire soit de même nature que dans les CHC. Il s'agit là de trois différences importantes pour les partisans du système coopératif. Il

est possible qu'un CHC ou qu'un HSO devienne une sorte de CHO dans le sens où l'entend actuellement le gouvernement de l'Ontario. Cela serait-il vraiment souhaitable? Il appartient à chaque CHC de voir si ce serait une sage décision ou non. Il n'est certainement pas impossible de concevoir et de faire fonctionner un CHO en se basant sur les principes et la doctrine dont s'inspirent actuellement les coopératives ou centres de services de santé communautaires. Nous croyons, toutefois, que ce serait un hasard. On pourrait considérer la Sault-Ste-Marie Health Service Association comme un CHO qui adhère, toutefois, dans une mesure respectable, à tous les principes et présente toutes les caractéristiques d'une coopérative ou centre de services de santé communautaire. Il est loin d'être toutefois certain que l'on puisse arriver à reproduire ce modèle ailleurs. L'histoire de ce centre et son expérience lui donnent un caractère unique et montrent seulement ce qui peut arriver sans être nécessairement probable. Après tout, ce centre existe depuis de nombreuses années mais, jusqu'à présent, on n'a jamais vu un autre centre identique depuis lors en Ontario ni ailleurs.

Nous supposons que dans les CHO ontariens, le degré de participation communautaire sera moins grand qu'on ne le souhaite dans les coopératives. Ce modèle met, par ailleurs, trop l'accent sur les services de soins de santé et n'insiste pas assez sur les autres services. Alors que le gouvernement préfère peut-être le système de rémunération per capita et la formule salariale, les CHO peuvent adopter la méthode du paiement à l'acte, et ils feront cette concession aux médecins. D'après nous, tous ces aspects sont directement reliés à l'intégration verticale des CHO; c'est-à-dire, qu'ils offrent à la fois des soins de santé primaires ambulatoires, des soins spéciaux et des soins hospitaliers. Plus un système de prestation est intégré verticalement et est compliqué, plus il pourrait accorder de pouvoirs au corps médical et au personnel administratif ainsi qu'à la direction, ce qui réduirait d'autant le contrôle communautaire réel. Il en va de même pour les services intégrés. Les HMO américains n'offrent pas de services intégrés, si nous entendons par là l'intégration des services de santé à d'autres services ne revêtant pas un caractère médical. La gamme de services offerts sont en gros des services médicaux, et les services non médicaux offerts sont des services dentaires, de la physiothérapie, etc., qui sont fort apparentés à des services médicaux.

À notre avis, les centres multiservices, comme le Cobequid Multi-Service Centre de la Nouvelle-Écosse, sont très semblables aux centres de services de santé communautaires dont nous avons déjà parlé. Par contre, les centres de soins ambulatoires affiliés à un hôpital sont différents. Ils sont tellement différents des CHC que nous aurions tendance à ne pas les considérer comme un bon modèle de coopératives ou centres de services de santé communautaires. Il n'y a pas assez de représentants de la collectivité ni de participation communautaire dans ces centres, et ils offrent surtout des services médicaux, bien qu'ils puissent avoir et qu'ils aient effectivement des programmes d'éducation et de promotion. Les centres de services ambulatoires dispensés par des médecins constituent un modèle encore moins acceptable.

4.6 CRITÈRES DE SÉLECTION

D'après la discussion qui précède, le gouvernement a essentiellement le choix entre trois modèles de prestation des soins de santé qui se font concurrence. Il n'y en a que deux toutefois qui respectent les principes et épousent les objectifs du mouvement coopératif. Le gouvernement a le choix entre les CHC, les HSO et les CHO (ou des variantes très proches de ces modèles). Pour les partisans du système coopératif, le choix se limite à deux modèles, le CHC ou le CHO (ou des variantes très semblables). Le choix du modèle préféré dépendra de l'importance que les décideurs attachent aux critères et aux principes sur lesquels reposent les différents modèles. Les médecins ont, eux aussi, une préférence entre les différents modèles. Ils préfèrent, tout naturellement, celui qui est basé sur la formule de rémunération à l'acte, ensuite le HSO puis le CHO, et il y a enfin (en réalité, ils ne l'aiment pas) le modèle du CHC. Leur préférence est déterminée dans une grande mesure par la méthode de paiement et par le degré d'autonomie que leur offrent les différents modèles.

Lorsqu'il a décidé d'annoncer le modèle des CHO, le gouvernement de l'Ontario a peut-être été inspiré par le succès remporté par le modèle des HMO aux États-Unis et par l'idée attrayante que, en adaptant un tel modèle, on pourrait réaliser des économies importantes au Canada. "L'expérience américaine montre que l'intégration verticale des soins ambulatoires et hospitaliers est la principale source d'amélioration de la rentabilité dans les autres modèles d'exécution. Le contrôle plus strict du degré d'utilisation des services hospitaliers ainsi que les motivations financières entraînent constamment une forte diminution du degré d'utilisation" (Stoddart et Lomas, 1987, p. 3). Le CHO est un modèle basé sur l'intégration verticale. Par contre, les HSO et les CHC ont également réduit considérablement le degré d'utilisation des services hospitaliers sans être intégrés verticalement. L'intégration verticale n'est pas une condition indispensable. Elle n'est pas non plus nécessaire pour faire entrer en jeu les incitatifs financiers. Si on le désire, on peut les faire intervenir au niveau des paiements ou de la budgétisation pour les HSO et les CHC. Il ne faut pas croire non plus que si les CHO que l'on veut créer en Ontario acceptaient de rémunérer les médecins à l'acte, ils permettraient de réaliser des économies aussi considérables que les HMO américains. Par ailleurs, le fait que les hôpitaux soient du domaine public au Canada, contrairement à ce qui se passe aux États-Unis, où les formes de propriété sont très différentes, risque de compliquer la transposition du modèle américain dans les HMO canadiens. Stoddart et Lomas (1988, 3) ont d'ailleurs dit ceci : "l'amélioration n'est peut-être pas généralisable dans toute son ampleur, étant donné les différences qui existent entre les deux systèmes".

Si les économies réalisables sur les services hospitaliers constituaient le seul ou le principal critère de sélection, on n'aurait aucune raison précise de donner la préférence au modèle des CHC, ou au modèle des HSO, ou encore à celui des CHO (sans oublier, bien sûr, que ce dernier modèle n'est pas encore en vigueur). Et pourtant, d'autres aspects économiques, notamment l'accent qu'il met sur la prévention de la maladie et des accidents et la promotion de la santé, sur l'éducation sanitaire et surtout sur une meilleure utilisation des ressources humaines, joueraient en faveur du modèle des CHC. En fonction de certains autres critères comme l'esprit d'innovation dans la prestation des services primaires, l'intégration des services, la participation communautaire et une plus grande facilité d'accès, les CHC sont nettement supérieurs aux autres modèles. Tout bien considéré, il faudrait leur donner la préférence.

Pourquoi dès lors les gouvernements provinciaux n'ont-ils pas augmenté le nombre de CHC ou agrandi ceux qui existent? Il paraît que l'un des critères sur lesquels se base le gouvernement pour fixer son choix, ce sont les pressions politiques ou, ce qui revient au même, l'opinion du corps médical et, dans une mesure moindre, des hôpitaux. C'est peut-être ce facteur qui joue en défaveur des CHC lorsque le gouvernement examine les différents modèles de prestation. Lorsque la ministre de la Santé de l'Ontario a annoncé le modèle du CHO dans le cadre d'une conférence de l'Ontario Hospital Association (Caplan, 1989), elle a déclaré que "le consensus était l'élément décisif dans la création d'un CHO. Le partenariat entre les dispensateurs de soins de santé est au coeur du principe du CHO" (Caplan, 1989, 5) [Traduction]. On pourrait se demander ce que devient la participation communautaire dans tout cela. Ce qui est également troublant, c'est l'idée que "les médecins pourraient être rémunérés en fonction de leur investissement ou de leur charge de travail. Ils pourraient recevoir une petite prime si le CHO avait un excédent budgétaire, ou ils pourraient imaginer autre chose" (Caplan, 1989, 5) [Traduction]. On n'est pas du tout certain ce qu'elle entend par "investissement" et par "charge de travail", ni par "petite prime". Les médecins sont-ils les seuls à recevoir une prime? De toute façon, la déclaration n'indique pas que le gouvernement est nettement en faveur de la formule per capita ni de la formule salariale en ce qui concerne la rémunération des médecins. On dirait que le gouvernement essaye de rendre l'adoption d'un nouveau modèle d'exécution aussi acceptable que possible aux yeux des médecins. Dans l'affirmative, malgré tous ses mérites et toutes les possibilités qu'il offre, le CHC reste marginalisé par les politiques du Canada en matière de soins de santé.

CHAPITRE 5 : POURQUOI UNE RÉFORME EST-ELLE SOUHAITABLE?

5.1 INTRODUCTION

Toutes les études sur les soins de santé qui ont été faites récemment dans les différentes provinces ont été motivées par des considérations d'ordre organisationnel (y compris la recherche de formules de rechange), par des préoccupations d'ordre financier (limitation des coûts, financement et recettes, efficacité, rentabilité, utilisation) et par le souci de mieux utiliser les ressources humaines. Elles ont recommandé des réformes profondes ainsi qu'une triple réorientation du système axée sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé, l'adoption de formules à caractère communautaire et la tendance à exiger plus de comptes.

Le thème de la réorientation stratégique est clair. Par ailleurs, on fera plus d'efforts pour améliorer les lignes directrices sur la planification ainsi que les protocoles de traitement afin d'essayer de remédier à une répartition inégale et à une utilisation peu efficace des services; ces efforts vont de pair avec une amélioration de la gestion interne et externe du système. La planification rationnelle, par opposition aux rivalités institutionnelles, l'utilisation efficace et judicieuse des lits d'hôpitaux, ainsi que l'introduction plus contrôlée de technologies et d'un matériel ultramodernes, sont des objectifs sous-jacents de cette restructuration organisationnelle.

5.2 CRITÈRES ESSENTIELS POUR LES SOINS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

Comme nous l'avons signalé ailleurs dans le présent rapport, le système de soins de santé est en période de transition, et il essaye de surmonter plusieurs difficultés de taille. Parmi les obstacles à surmonter, défis à relever, il y a l'augmentation rapide de l'incidence des maladies chroniques, le vieillissement de la population, la proportion croissante de personnes atteintes d'une invalidité, l'évolution des structures familiales et sociales, les injustices dont sont victimes les couches défavorisées de la population en ce qui concerne l'état de santé et l'accès aux services, et les menaces qui pèsent sur le milieu physique. Parmi les difficultés structurelles générales, il y a le clivage qui existe entre les services de santé préventifs et les services curatifs ainsi qu'entre les services institutionnels et les services communautaires, le caractère marginal des services de santé communautaires dans le système actuel, le financement insuffisant, l'importance considérable accordée aux services spécialisés, l'absence de coordination juridictionnelle et géographique, le fait que les services de soins de santé ne soient pas suffisamment tenus de rendre compte aux collectivités, locales ainsi que la nécessité d'une participation accrue des membres de la communauté à la prise de décisions.

Si l'on veut créer des modèles de services de santé communautaires qui soient capables de surmonter ces difficultés, tout en cadrant avec la réorientation stratégique du système, il faudra réunir plusieurs critères (Lele, 1988).

5.2.1 L'autonomie

Il faut encourager l'individu à être autonome. Par conséquent, il faudrait que les services de soins de santé soient organisés de façon à pouvoir aider l'individu à se maintenir en bonne santé aussi longtemps que possible, voire à améliorer son état de santé. Pour cela, il faut offrir les services de soutien nécessaires pour aider les gens à rester chez eux. Il faut partir du principe que, comme l'individu n'a pas un pouvoir de contrôle absolu sur différents événements qui surviennent dans sa vie, la capacité des gens de prendre de bonnes décisions est limitée, et il faut peut-être chercher la solution à l'échelle collective plutôt qu'au niveau individuel.

5.2.2 La qualité de vie

Lorsqu'on examine les différentes formules sous l'angle de la rentabilité, il faut tenir compte des éléments qui déterminent la qualité de vie. Dans le contexte de cet effort de désinstitutionnalisation, il ne faut pas tenir compte uniquement du facteur coût mais aussi de la qualité de vie du consommateur et du client. Même si les soins en établissement constituent une option valable, il faut tenir compte de la qualité de vie du malade dans les efforts que nous faisons pour offrir le genre et le niveau de soins les plus appropriés dans les établissements.

5.2.3 Les services de soins de santé non structurés

Les services de soins de santé non structurés apporte beaucoup à la pratique médicale quotidienne et contribue largement à la continuité des services indépendants dispensés hors des établissements. Les services de santé communautaires devraient appuyer ces réseaux non structurés en raison du rôle important joué par les dispensateurs de soins, les bénévoles et les groupes d'entraide qui évoluent dans ce contexte.

Les décideurs doivent se rendre compte que le bénévolat implique un certain "coût"; ainsi, les bénévoles doivent sacrifier une partie de leurs loisirs, certains d'entre eux s'épuisent, et ils doivent non seulement faire preuve de bonne volonté mais aussi être capables de jouer ce rôle. Pour favoriser le bénévolat au sein de la collectivité, il faut adopter une approche de développement communautaire efficace. Les bénévoles ne seront pas automatiquement efficaces s'il n'existe aucun mécanisme qui permet d'utiliser judicieusement leurs services. Le bénévole d'un système pourrait très bien être le client d'un autre, ce qui veut dire que les collectivités devraient évaluer soigneusement l'importance de leurs ressources humaines en bénévoles pour éviter de gros problèmes.

Il y a également une considération importante qui se rattache aux différents modèles de rechange de prestation des soins de santé. Dans bien des cas, ces organismes négligent de doter leur personnel des connaissances et des aptitudes nécessaires pour pouvoir s'occuper de personnes qui ont des besoins spéciaux, notamment des personnes âgées, des personnes atteintes du SIDA, des personnes handicapées, etc. Une formation suffisante est absolument essentielle. Il ne faut surtout pas oublier que, bien souvent, c'est le dispensateur de soins professionnels qui constitue le pivot entre les services officiels et les services non structurés et que, par conséquent, ils ont une responsabilité (et sont soumis à une pression) beaucoup plus grande qu'on ne pourrait le croire. Ils ont besoin d'aide également.

5.2.4 La gamme des services

Pour répondre à toutes les sortes de besoins et s'adapter aux changements, il faut offrir toute une gamme de services sociaux et de santé. Une certaine aide ne revêtant pas un caractère strictement médical constitue un élément nécessaire de l'édifice qu'il faut construire. Les services de santé communautaires s'efforcent de plus en plus à offrir une certaine continuité dans les soins en reconnaissant, d'emblée, de la nécessité d'aider les personnes qui vivent chez elles, en procédant à des hospitalisations temporaires et en plaçant au besoin ces personnes dans un établissement.

La mobilité est la pierre angulaire de cette continuité. Mieux nous arriver à intégrer et à coordonner les services médicaux et les autres services, plus il sera facile pour les malades d'y avoir recours lorsqu'ils en ont besoin.

5.2.5 Le milieu physique et le milieu social

Il faudrait non seulement répondre aux besoins personnels en matière d'amélioration de l'état de santé et de soins, mais il faut également se soucier de la qualité du milieu physique et du milieu social en général. On peut faire un certain rapprochement entre la situation économique

et de nombreux problèmes de santé; l'assistance sociale est donc absolument indispensable pour donner aux personnes défavorisées sur le plan socio-économique des ressources financières suffisantes pour respecter certaines normes d'hygiène et pour laisser aux personnes âgées la possibilité de rester chez elles.

5.2.6 Une approche globale

Pour le moment (comme on a pu le voir dans les chapitres précédents), les services communautaires de soutien sont dispensés par toute une série d'organismes qui n'ont jamais le mandat ni les ressources nécessaires pour faire des évaluations fonctionnelles complètes, pour coordonner à fond la prestation de toute une gamme de services, ni pour suivre l'évolution de la situation des gens, ni encore pour modifier la gamme, le genre ou le nombre des services offerts en fonction de l'évolution des besoins de la personne.

Ce qu'il faut dans le domaine de la santé, c'est un système de services de soins de santé généraux permettant d'offrir systématiquement et continuellement toute la gamme de services disponibles. C'est surtout en raison de la nécessité d'adopter une approche globale qu'il faut en arriver à une coopération et à une coordination de plus en plus fortes entre différents services, entre différents organismes et entre différentes disciplines.

On se mettra à essayer sérieusement d'adopter d'autres modes d'affectation des fonds entre différents services et différentes technologies lorsque la responsabilité de la répartition des ressources entre les différents services sera assumée collectivement par les représentants locaux, et lorsque ceux-ci devront rendre compte publiquement.

5.3 STRATÉGIES COMMUNAUTAIRES EN MATIÈRE DE SANTÉ

5.3.1 Faire participer la collectivité

D'une façon ou d'une autre, tous les modèles de participation communautaire font intervenir les membres de la collectivité dans l'organisation et la planification des services de santé communautaires. Par ailleurs, un grand nombre de membres de la collectivité participent déjà à la prestation des services de santé communautaires comme bénévoles et comme fournisseurs de soins travaillant dans un contexte non structuré. Pourtant, si l'on veut renforcer les services de santé non structurés, il faudra que les modèles de rechange intensifient leur aide au niveau de la coordination et de la consultation, et qu'ils facilitent l'accès aux services de soutien.

Il ne faut pas oublier qu'aucun modèle ne peut offrir toutes les solutions. En plus d'aider les bénévoles et les dispensateurs de soins non professionnels, on pourrait par ailleurs accroître la contribution des groupes d'entraide en leur offrant un soutien explicite, notamment en mettant à leur disposition des salles de réunion, en rassemblant des informations sur ces groupes et en les diffusant, en coordonnant les aiguillages et en facilitant l'accès aux professionnels de la santé.

La participation communautaire revêt également une importance critique dans la planification des services de santé, surtout en ce qui concerne la nécessité de tenir compte du point de vue des utilisateurs dans les décisions qui peuvent les concerner. Comme les ressources ont tendance à être de plus en plus restreintes, la participation réelle des clients et de la collectivité desservie est de plus en plus essentielle à la planification et à la prestation efficace des services requis.

Non seulement les réseaux non structurés devraient-ils être renforcés, mais il faudrait également avoir recours aux mécanismes officiels pour permettre à la collectivité de participer à la planification et à la prise de décisions pour que les soins de santé soient davantage adaptés aux besoins de la clientèle qui évoluent, et afin de faciliter l'accès à tous les groupes. Bien qu'il ne soit pas absolument nécessaire que le modèle appartienne à la collectivité, mais il est essentiel que celle-ci soit représentée au sein du conseil d'administration. Le conseil d'administration doit

veiller à ce que des évaluations sérieuses des besoins soient faites, à ce que des réunions accessibles à tous soient tenues, à ce que des professionnels du développement communautaire soient recrutés, à ce que les bénévoles soient secondés parfaitement et qu'ils reçoivent une très bonne formation. C'est une chose de s'efforcer de connaître l'avis des groupes défavorisés, mais s'ils ne reçoivent pas l'aide de base nécessaire, notamment de quoi payer les gardiennes, les déplacements et les cours de formation des membres du conseil, on n'obtiendra pas ce genre de représentation.

5.3.2 Un accès plus facile

Tous les modèles ont fait plus d'efforts pour essayer de répondre aux besoins précis des groupes mal desservis. Il est essentiel d'essayer de régler les problèmes fondamentaux se rattachant aux inégalités qui existent dans le contexte de la santé et des services de santé, comme la pauvreté, le chômage et le manque de compétences monnayables. Les programmes éducatifs sont loin d'être suffisants pour améliorer l'état de santé des groupes défavorisés sur le plan socio-économique. Des approches qui permettraient aux personnes faisant partie de ces groupes d'avoir plus d'estime de soi seraient plus efficaces.

Les décideurs et les travailleurs communautaires de la santé devront prendre les décisions appropriées à l'échelon local et choisir entre de nombreuses possibilités différentes. Les méthodes de prestation des services qui conviennent varieront considérablement selon les besoins de la collectivité et selon les infrastructures sociales et politiques locales.

5.3.3 Promotion de la santé et prévention de la maladie

Nous savons que l'amélioration de l'état de santé dépend d'un changement du style de vie et de certaines décisions mûrement réfléchies, mais il est essentiel que tous les éléments du secteur des soins de santé (y compris l'élément institutionnel) oeuvrent de concert pour favoriser ces changements. Il ne fait aucun doute que les décideurs peuvent faire de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie des principes fondamentaux de la prestation des soins de santé. Pourtant, cela ne suffira pas. Ce qu'il faut également pour atteindre certains objectifs en matière de santé, pour acquérir une certaine autonomie et pour avoir une très grande qualité de vie, c'est un changement d'attitude radical chez les utilisateurs et les dispensateurs de soins.

5.3.4 La coordination des politiques et des services

Pour coordonner les politiques et les services à différents niveaux, il est essentiel d'établir des mécanismes efficaces. Si l'on a reconnu la nécessité d'une certaine coordination intersectorielle sur le plan des politiques, c'est un objectif très difficile à atteindre lorsque les responsabilités sont séparées par des obstacles juridictionnels et bureaucratiques. Étant donné que l'on peut voir les répercussions qu'ont les problèmes environnementaux et sociaux sur la santé, une bonne planification intersectorielle devient plus urgente.

La nécessité de coordonner les services sociaux et de santé est une priorité absolue dans les services de soins offerts aux groupes défavorisés sur le plan socio-économique, mais cette nécessité se fait également ressentir de plus en plus à l'égard des personnes âgées dont le nombre ne cesse d'augmenter et qui ont besoin de certains services de soutien, si l'on veut les aider à conserver leur indépendance. La coordination des services institutionnels et communautaires prend également de l'importance. À mesure que la demande de services augmente, la nécessité d'un système rationnel d'affectation des ressources se fait ressentir de plus en plus. En Ontario, on a fait un pas important dans cette direction grâce à l'intégration explicite des programmes sociaux et de santé pour les personnes âgées et les personnes handicapées, et grâce à une meilleure coordination entre les ministères de la Santé et les ministères des Services communautaires et sociaux.

5.3.5 Des soins individuels aux soins communautaires

Au cours des dix ou quinze dernières années, période pendant laquelle les ressources sont devenues de plus en plus restreintes et les problèmes sociaux sont devenus plus aigus, nous avons constaté que l'on insistait sur la nécessité de prendre sa santé en main soi-même. Nous avons également appris que les tentatives qui avaient été faites pour essayer de régler au niveau individuel certains problèmes d'origine socio-économique n'ont pas donné de très bons résultats. Seules les personnes qui ont des ressources suffisantes peuvent répondre elles-mêmes à leurs besoins.

Lorsqu'on examine le problème sous un angle collectif plutôt que sous un angle individuel, les solutions deviennent beaucoup plus évidentes. Mieux on explique les problèmes de santé et plus on augmente nos chances de pouvoir les attaquer à la racine. Si nous arrivions à faire cette transition entre le niveau individuel et le niveau collectif, nous comprendrions mieux comment offrir des services efficaces.

Bien qu'une participation communautaire généralisée à la planification et à la coordination des services risque d'être très exigeante pour les différents modèles de services de santé communautaires, la possibilité de trouver et de mettre en oeuvre des solutions originales à des problèmes difficiles à résoudre peut les encourager et les récompenser pour leurs efforts. Pourtant, il n'est pas toujours possible d'élaborer, dans le contexte des organismes de financement actuels des projets et des programmes susceptibles de répondre aux besoins des membres de la collectivité et de servir leurs intérêts. Il faudra alors remettre en question les cadres traditionnels (voir même les différentes sortes de modèles de rechange) au lieu d'obliger la collectivité à revoir ses besoins.

Il est certain que, pour tous les intervenants, un changement est nécessaire. Le temps et les efforts consacrés à réunir les gens, pour arrêter les objectifs et trouver des moyens pratiques de les atteindre, devraient être considérés comme une activité légitime dans le contexte des soins de santé. On trouvera peut-être alors des sources de financement plus sûres pour ces activités. Il semblerait qu'un dialogue constructif sur les changements nécessaires et sur la façon de les mettre en oeuvre soit la prochaine étape; elle est importante et nécessaire.

5.3.6 Quelques mises en garde au sujet de la participation communautaire

Il ne fait aucun doute que les modèles de rechange et la participation communautaires soient des initiatives intéressantes, de plus en plus fréquentes depuis quelques années. Pourtant, avant d'adopter l'approche communautaire parce qu'on la considère comme une solution viable (ou comme "la" panacée) à plusieurs problèmes de santé et autres problèmes analogues, il faut se rendre compte qu'il y a un certain nombre d'obstacles à surmonter.

Le premier et le principal, c'est probablement le manque de ressources véritables. Habituellement, le gouvernement résolvait différents problèmes d'orientation grâce aux transferts fiscaux et aux autres paiements de transfert. Pourtant, on se rend compte plus que jamais que, en raison de l'énormité des déficits, d'une diminution des possibilités de recettes et d'une réduction des paiements de transfert, les gouvernements ne sont pas équipés pour répondre à la demande de toute une série de services sociaux, communautaires et de santé qui ne cesse d'augmenter. Pour pouvoir offrir les types de services nécessaires, il faut que les gens, et surtout les bénévoles, consacrent une plus grande partie de leurs loisirs à ces activités.

Un autre point à considérer, c'est que non seulement les ressources financières sont maigres, mais peut-être davantage que les autres ressources (le temps pris sur les loisirs, la santé et la bonne forme physique, les connaissances et la technologie, l'amour et l'affection) nécessaires pour assurer la participation communautaire, qui est absolument indispensable, sont également rares. Étant donné que ces moments pris sur les loisirs personnels ne sont pas interchangeables

comme le sont les ressources financières, il est essentiel que les collectivités connaissent l'importance et les caractéristiques des réserves humaines qui permettent d'assurer la participation et le soutien nécessaires. C'est vital pour tous les modèles de participation communautaire. La grosse difficulté, c'est de déterminer la capacité d'une collectivité de fournir les services de santé communautaires nécessaires auxquels il faut consacrer beaucoup de temps personnel; en effet, la demande s'accroît à un rythme rapide alors que le nombre d'heures que les gens sont disposés à y consacrer augmente relativement peu. Et même s'il y avait plus d'argent disponible, ce n'est pas à coups de dollars que l'on arriverait à résoudre le problème.

La question de l'aide financière revêt un caractère très particulier. Il ne fait aucun doute qu'un plus grand soutien financier de la part des pouvoirs publics et du secteur privé serait préférable, mais il faut essayer de maintenir un équilibre très délicat entre ce genre d'aide et le souci d'autonomie ainsi que le dynamisme qu'apportent les efforts des bénévoles. L'objectif principal consiste à essayer d'éviter de rendre ces services trop "officiels", voire de les "bureaucratiser".

Il y a autre chose : en raison même de sa simplicité, le modèle de participation communautaire ne permettra pas d'obtenir automatiquement les résultats désirés. On pourrait faire un rapprochement entre la tentative d'établir un modèle de développement communautaire dans le domaine de la santé et celle de créer des centres de vie autonome pour personnes handicapées. Ces excellents centres donnent une idée de ce que l'on peut accomplir lorsque les décideurs, les chercheurs, les personnes handicapées, les personnes âgées, etc., conjuguent leurs efforts pour essayer de trouver des solutions originales et d'établir des systèmes de soutien en faisant appel à la fois aux réseaux non structurés et aux réseaux officiels. Pourtant, les changements d'attitudes sont peut-être l'ingrédient essentiel de la réussite dans ce domaine. Au lieu de partir du principe que les personnes avec lesquelles nous travaillons sont malades, sont incapables de s'en sortir, qu'il faut prendre soin d'elles et qu'elles n'ont rien à offrir, il est plus rentable de se dire que les gens ont certaines capacités et certaines aptitudes, et qu'ils peuvent participer à la planification et à l'organisation des politiques; on peut alors créer un paradigme différent du paradigme traditionnel.

Il faut non seulement provoquer certains changements d'attitudes chez le grand public mais peut-être surtout chez les professionnels. Il faut que ceux-ci fassent preuve d'une plus grande bienveillance et de moins de zèle.

Dans les dernières mises en garde, il convient de se demander jusqu'où les décideurs peuvent aller dans la structuration des services de soutien offerts par les bénévoles. Le travail de bien des employés dans le cadre des modèles communautaires comporte une bonne partie de "bénévolat". Si l'on crée des politiques explicites, les décideurs courent le risque d'obtenir un résultat non recherché (mais néfaste), savoir que les employés risquent de réduire leurs efforts bénévoles et que, par conséquent, le système doive chercher un plus grand nombre de bénévoles. cet aspect se rattache le fait que le bénévolat comporte effectivement un certain "coût" : les gens doivent non seulement être disposés à participer à titre de bénévoles, mais ils doivent aussi en être capables. Ainsi, si on s'efforce d'avoir des représentants des couches économiquement faibles de la population au sein du conseil d'administration des centres de services de santé communautaires, on trouvera peut-être de nombreux parents seuls qui désirent vraiment offrir bénévolement leurs services, mais qui en sont incapables s'ils n'ont pas les moyens d'engager une gardienne ou de payer les frais de déplacement.

5.4 ORIENTATIONS POUR L'AVENIR

Une bonne partie des modèles examinés dans le présent rapport offrent des moyens d'améliorer certains aspects de la prestation des services de santé. Par contre, aucun d'entre eux ne représente, à lui seul, la solution idéale. Selon les besoins de la collectivité et les infrastructures sociales et politiques locales, il semblerait que tous les quatre modèles de participation com-

munautaire, voire peut-être même celui des organismes de services de santé généraux (CHO), contribuent largement à offrir des services de santé communautaires intégrés et continus. Aucun modèle ne donnerait de bons résultats partout. Le choix variera d'une collectivité à l'autre et, pour prendre la bonne décision, il faudra faire des compromis en se basant sur les critères les plus importants qui, dans le cas qui nous occupe, sont probablement la participation communautaire, la gamme de services offerts, l'organisation et la gestion ainsi que le financement. En fin de compte, le "meilleur" modèle, est celui qui reflète la nature même de la collectivité à desservir.

Tous les modèles de participation communautaire présentent certaines caractéristiques essentielles :

* ils sont conscients du rôle qu'ils ont à jouer et, par conséquent, il est relativement facile pour les dispensateurs d'identifier leur mission, leurs buts et leurs objectifs;
* ils offrent des encouragements (sur le plan financier comme sur le plan professionnel) qui favorisent l'utilisation optimale des ressources;
* leur organisation est décentralisée à un point tel qu'ils mettent l'accent sur le travail d'équipe et que la responsabilité financière et les autres formes de responsabilité, à tous les niveaux, facilite la prise de décisions judicieuses;
* puisque les malades ne reçoivent que les services intéressants pour eux, ils offrent réellement la possibilité d'assurer des services de qualité rentables et efficaces.

Compte tenu de la nature des commentaires qui ont été faits tout au long du présent rapport, quelles sont les orientations, dès lors, que l'on peut prendre pour développer davantage les modèles de prestation qui sont la propriété de, et administrés par des coopératives-consommateurs? Comme l'a suggéré M. Rice dans un document sur les coopératives de services de santé, les centres de services de santé coopératifs devraient être considérés comme des centres qui "assurent des services collectifs de santé sous la direction d'un conseil d'administration communautaire en donnant la préférence aux systèmes de financement basés sur les budgets ou à la formule per capita/ajustement négatif. L'important, c'est de permettre la participation communautaire aux services de santé, qu'il s'agisse d'une coopérative, d'une société sans but lucratif ou d'une association" (Rice, 3).

5.4.1 Aspects d'ordre organisationnel et législatif

L'idéal serait d'avoir une série d'objectifs et de normes nationaux que les différentes associations nationales, ainsi que les gouvernements et les organismes provinciaux, pourraient traduire en actes d'une façon ou d'une autre. Dans la réalité, cela n'arrivera probablement pas dans un avenir prévisible. En fait, à la suite des nombreuses études provinciales qui ont été faites sur les services de santé, on peut s'attendre à ce qu'un plus grand nombre de provinces fixent (individuellement) des objectifs et établissent un programme de prestation des soins de santé; les organismes nationaux auront, par conséquent, de la difficulté à fixer des objectifs et à se donner des orientations pour l'ensemble du pays.

Il serait très difficile pour un organisme national comme l'Association des coopératives canadiennes et son pendant, le Conseil canadien de la coopération, de faire des progrès considérables tout seuls. Par conséquent, puisque les coopératives de services de santé (COOP) présentent, en grande partie, les mêmes caractéristiques que les autres modèles de participation communautaire, notamment les CHC, les CLSC, les OSIS, voire même certains HSO, on pourrait adopter la stratégie suivante pour provoquer un certain changement dans l'élaboration de formules de rechange communautaires : former des alliances avec les associations provinciales et nationales qui représentent ces modèles. Au lieu d'essayer de mettre en oeuvre un modèle commun dans toutes les régions du pays, il serait préférable de favoriser une approche commune, celle du modèle de la participation communautaire en général.

Une telle stratégie aurait bien du bon sens pour plusieurs raisons. Premièrement, à des degrés différents, tous ces modèles de participation communautaire comptent sur le mécanisme du conseil d'administration pour assurer cette participation. Ce mécanisme varie d'une province à l'autre et d'une collectivité à l'autre selon les besoins de la communauté et ses caractéristiques socio-politiques. Un modèle peut donner de très bons résultats dans une région tout en étant absolument inutilisable ailleurs. Dans un pays aussi vaste que le Canada, et même dans les provinces, la diversité est telle qu'un seul système ne peut pas desservir aussi bien toutes les régions (Barkin: 1987:8). Par conséquent, une approche commune basée sur la participation communautaire, qui laisse la liberté de choix aux collectivités, pourrait donner de très bons résultats.

Deuxièmement, comme nous l'avons dit plus haut, le gouvernement fédéral n'est pas disposé à établir de nouvelles normes nationales. Dans la mesure où les dispositions de la Loi canadienne sur la santé qui concernent les services hospitaliers et médicaux nécessaires sont observées, on n'aura aucune difficulté majeure à incorporer d'autres services et programmes correspondant au profil des différentes collectivités. La seule difficulté majeure que les modèles de rechange devraient surmonter consisterait à faciliter l'accès aux services, ce qui se traduit habituellement par une hausse des coûts. Pourtant, si les modèles basés sur la participation communautaire parvenaient à intégrer et à coordonner les services au sein de la collectivité, le nombre de "services faisant double emploi" et, par conséquent, les coûts devraient diminuer.

Troisièmement, il n'existe apparemment pas un mode de propriété et de gestion idéal. Par contre, on admet généralement qu'une gestion vigoureuse et professionnelle est absolument indispensable à la réussite, peu importe le mode de propriété. Ces modèles basés sur la participation communautaire offrent d'excellentes possibilités d'établir des associations entre les dispensateurs, la direction, le conseil (et la collectivité) en fixant des objectifs et des rôles bien précis pour chaque participant. Dans un contexte où tout le monde participe, il se pourrait très bien que les dispensateurs faisant partie du conseil d'administration prennent certaines décisions en matière d'affectation des ressources dans leurs domaines respectifs, ce qui risque de provoquer des "conflits d'intérêts". Par contre, ces risques peuvent être réduits au minimum pour autant que les buts, les objectifs et les priorités soient clairs.

Une quatrième raison d'essayer d'établir un réseau solide d'organismes basés sur la participation communautaire serait le désir d'aider les différents centres à apprendre à s'adapter au processus de démocratisation inhérent à ces modèles. L'appartenance communautaire renforce les collectivités, et elle décentralise la propriété pour la situer à l'échelon politique le plus bas. Cette démocratisation comporte un certain risque d'ingérence politique dans les affaires des différents centres. Une bonne partie de ces organismes auraient besoin d'aide pour essayer de compenser la très forte influence des organismes centraux ou d'organismes plus puissants.

Par conséquent, on pourrait recommander que des organismes nationaux comme l'Association des coopératives canadiennes et le Conseil canadien de la coopération prennent l'initiative d'essayer de mettre au point une approche (à ne pas confondre avec un modèle) basée sur la participation communautaire en ce qui concerne la prestation des services médicaux au Canada. Une telle approche ferait intervenir les CHC, les CLSC, les OSIS, les CHO et les COOP.

5.4.2 Aspects d'ordre administratif et financier

Il ne faut pas oublier que ce sont les provinces qui payent les services hospitaliers et médicaux. En vertu des ententes de financement des programmes établis qui existent entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux, certaines sommes sont transférées aux provinces qui jouissent d'une très grande liberté de décision. Selon la capacité financière d'une province et selon qu'il s'agit d'une province innovatrice et créatrice ou non, le système de prestation des soins de santé peut varier considérablement d'une province à l'autre. Certaines provinces ont fait beaucoup plus "d'expériences" que d'autres; c'est notamment le cas du Québec, de l'Ontario

(depuis peu seulement), du Manitoba et de la Saskatchewan. Par conséquent, selon la vision (et la volonté) du gouvernement, on essaie ou non et on finance des formules comme les CHC, les CLSC, les OSIS et les CHO. Toutes ces initiatives nous montrent qu'il est absolument nécessaire d'établir un nouveau modèle de financement, mais qu'il faut faire preuve d'une certaine souplesse, tout en tenant compte du cadre qui existe déjà. Parmi tous ces modèles de financement, il semble, toutefois, que ce soit la formule per capita/ajustement négatif qui offre le plus de latitude. On pourrait compléter la formule de base per capita/ajustement négatif, pour couvrir les différents aspects du financement, en prévoyant certains rajustements en fonction des besoins spéciaux des patients représentant une proportion supérieure à la moyenne, notamment pour les personnes âgées; on pourrait également prévoir des mesures incitatives pour les soins ambulatoires, ainsi qu'un système de financement supplémentaire de base pour les régions ayant des besoins particuliers.

Comme on avait des raisons de recommander une approche basée sur la participation communautaire, certains facteurs nous portent à croire qu'il faut une certaine souplesse dans l'adoption de modes de financement différents de la formule du paiement à l'acte. Certains problèmes sont toujours associés aux différentes modalités de financement; par contre, les différents mécanismes de financement, autres que la formule de la rémunération à l'acte, semblent donner d'assez bons résultats dans les différents modèles. La formule des budgets et la formule per capita ont des points forts et des points faibles, mais selon les besoins de la collectivité (une fois de plus) et les caractéristiques sociales, politiques et gestionnelles, qu'elle présente on peut préférer un mécanisme de financement à un autre.

La principale difficulté que l'on rencontre dans tous les modèles basés sur la participation communautaire, c'est l'énorme difficulté d'obtenir des capitaux et des fonds de démarrage. C'est une raison pour laquelle il est absolument essentiel que le gouvernement finance les modèles de ce genre, surtout au départ.

Si l'on ne dispose pas de fonds de démarrage, il faut faire preuve de beaucoup d'imagination; c'est le cas des coopératives de services de santé (COOP). À cet égard, le Conseil canadien de la coopération a fait une série de recommandations en octobre 1989 :

1. que les coopératives amènent les membres à contribuer davantage à la capitalisation par un ou plusieurs des moyens suivants : hausser le niveau de la part de qualification, exiger une contribution annuelle au capital social, déterminer le capital requis d'un membre en fonction de ses transactions avec la coopérative;

2. que les coopératives améliorent la permanence de leurs fonds propres en ayant recours à la perception d'un droit d'entrée substantiel et en versant une partie des ristournes sous forme de parts sociales;

3. que les coopératives bonifient le rendement des parts privilégiées, notamment en indexant celui-ci soit sur un taux d'intérêt externe, soit sur leur propre ratio de trop-perçu sur avoir;

4. que les coopératives procèdent à la réévaluation périodique de leurs parts sociales afin de maintenir constant le pouvoir d'achat de celles-ci. Le gain alors réalisé par les membres devrait être considéré comme un gain de capital sur le plan fiscal;

5. que soit instauré au niveau fédéral un programme d'incitation fiscale à l'investissement dans les coopératives;

6. que soit facilité l'accès des parts des coopératives aux régimes enregistrés d'épargne-retraite;

7. que les coopératives puissent former un nouveau poste de capital appelé "réserve partageable", qui serait constituée de trop-perçus réinvestis et éventuellement distribuables aux membres;

8. que les coopératives considèrent l'opportunité de créer leur propre "fonds de sécurité" qui ait pour fonction de garantir des emprunts et ainsi faciliter l'accès à ce type de financement;

9. que les coopératives examinent la possibilité de mettre sur pied un organisme dédié à leur financement. cet effet, trois formules ont été esquissées sous les appellations de "Caisse centrale des coopératives", "Fonds de croissance des coopératives" et de "Caisse de développement des coopératives". Selon le cas, l'institution axerait son action sur le marché de la dette, sur le marché des parts ou sur les deux marchés à la fois.

On peut envisager immédiatement que des difficultés majeures surviendront. Premièrement, la volonté et la capacité des membres d'accroître leur contribution risquent d'être limitées, surtout si une grande partie des membres font partie de la classe moyenne inférieure. Par ailleurs, étant donné le déficit budgétaire fédéral, il est fort improbable qu'un encouragement fiscal quelconque soit prévu, ou que l'on élargisse le système du REER. Même si ces recommandations étaient relativement applicables, elles nécessiteraient un appui solide de la part du gouvernement.

Par conséquent, avec la collaboration des autres partenaires des différents modèles basés sur la participation communautaire, on pourrait recommander de demander aux gouvernements de prendre certains engagements financiers en ce qui concerne les capitaux de départ et d'adopter la formule de financement per capita/ajustement négatif ou celle des budgets qui constituent des formes viables de financement opérationnel pour les modèles de prestation de services de santé fondés sur la participation communautaire. Plus le nombre de personnes et d'organismes qui préconisent ces positions est élevé, plus les chances d'arriver à convaincre le gouvernement de prendre de telles initiatives augmentent.

5.4.3 Certaines orientations à envisager

Outre les deux recommandations générales faites ci-dessus, on pourrait également envisager ceci :

* Jusqu'à tout récemment, seuls les modèles de rechange de prestation des soins de santé ont dû prouver leur efficacité. Comme il faut un certain temps pour organiser un mode de prestation des soins de santé, et pour commencer à obtenir des résultats, et que cela entraîne, par ailleurs, certains frais de démarrage, **les gouvernements provinciaux devraient décider de se servir des ressources actuelles en matière de soins de santé pour payer les frais d'organisation des modèles basés sur la participation communautaire. Ainsi, il suffirait peut-être d'y affecter ne fut-ce que 1 p. 100 de l'augmentation de l'ensemble des budgets hospitaliers.**

* **Il faudrait que la politique fiscale provinciale, fédérale et municipale pour les centres de services de santé sans but lucratif soit alignée sur la politique fiscale en vigueur pour les hôpitaux.**

* Si l'on veut que le système de financement per capita donne de bons résultats, les gouvernements devront "restreindre" le choix des malades et clients, après avoir décidé dans un premier temps d'opter pour l'autre mode de prestation ou l'autre dispensateur de soins; il faut, autrement dit, des règlements fermes. Les organismes basés sur la formule per capita se trouvent dans l'impossibilité de faire une bonne planification et d'établir judicieusement les budgets, s'ils sont pénalisés parce que les participants utilisent des services extérieurs. Il faudrait que la "restriction" comprenne certains encouragements attrayants afin de compenser cette diminution de la liberté de choix. On pourrait envisager

des services de soins complets et coordonnés et, notamment, toute une série de services professionnels de soutien offerts en un seul et même endroit. Il est possible de se servir des économies réalisées, grâce à l'accroissement de l'efficacité opérationnelle pour offrir d'autres services dont les membres ont besoin.

* On se demande toujours s'il convient d'autoriser la publicité ou non afin d'essayer de persuader les clients éventuels d'adhérer à un modèle précis. Si l'on établissait certaines lignes directrices et certaines normes de publicité dans ce domaine, les modèles de rechange pourraient faire valoir la gamme des services qu'ils offrent, ainsi que la facilité d'accès, etc., ce qui aiderait les clients à prendre des décisions en toute connaissance de cause avant de s'inscrire pour une période de temps déterminée à un certain modèle de rechange. Comme nous l'avons signalé au chapitre précédent, les modèles basés sur la participation communautaire ont un problème d'"image". On pourrait donc en profiter pour remédier à la situation, grâce à une publicité efficace.

* Il n'est vraiment pas facile de faire valoir la nécessité d'avoir davantage recours aux équipes pluridisciplinaires dans les modèles de rechange de prestation des soins de santé à cause de règlements professionnels et des statistiques. Afin de pouvoir répartir et gérer efficacement le personnel de la santé, il faudra supprimer les obstacles législatifs actuels ou modifier les lois et règlements.

CONCLUSIONS

Le système changera très probablement; en fait, si l'on examine la situation de plus près, on se rend compte que nous sommes déjà en plein milieu de ce que l'on pourrait considérer une réorientation fondamentale du système des soins de santé. Tous les modèles de prestation des soins de santé qui mettent l'accent sur la participation communautaire, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, ainsi que sur des mécanismes de remboursement différents, feront partie intégrante de cette évolution.

Il semble certain, par ailleurs, qu'un modèle doté d'un conseil d'administration communautaire, qui offre toute une gamme de services (à ne pas confondre avec des soins de santé) grâce à un mécanisme de financement basé sur des budgets ou sur la formule per capita/ajustement négatif, est réalisable. Il semble aussi que, selon les besoins de la collectivité et ses caractéristiques socio-politiques, tous les modèles de participation communautaire (centres de services de santé communautaires, centres locaux de services communautaires, organismes de services intégrés de santé, centres de services de santé communautaires) ou les organismes de services de soins de santé généraux permettent d'atteindre cet objectif général.

Par conséquent, il semblerait utile de recommander l'approche fondée sur la participation communautaire dans le domaine de la santé et des soins de santé; pour cela, il faudrait coordonner les efforts des modèles clés (CHC, CLSC, OSIS, CHO et COOP) et identifier clairement leurs caractéristiques pour permettre aux collectivités de choisir le modèle qui leur convient le mieux. Il faudrait par ailleurs laisser à la collectivité le soin de choisir le mécanisme de financement; c'est-à-dire, choisir le système des budgets ou la formule per capita.

Comme le financement de démarrage est un problème pour tous les modèles basés sur la participation communautaire, les organismes relevant de ces différents modèles de participation auraient peut-être plus d'influence sur les décideurs s'ils approchaient le gouvernement en groupe et d'une façon coordonnée. Puisque chacun de ces modèles offre la possibilité de réaliser les objectifs et de respecter les priorités du gouvernement, c'est-à-dire, la restructuration, l'orientation communautaire, la promotion de la santé et la prévention de la maladie ainsi que l'adoption de modèles de financement différents, le gouvernement serait vraisemblablement disposé à offrir les fonds de démarrage nécessaires.

Nous insistons, toutefois, sur le fait que les collectivités devraient déterminer et prouver leurs besoins et qu'elles devraient, par ailleurs, démontrer qu'elles connaissent bien les caractéristiques socio-politiques locales. Il faudrait que les projets de création de modèles de prestation des soins de santé basés sur la participation communautaire ressemblent à des plans d'affaires soigneusement établis. C'est là qu'un groupe national, ayant intérêt à préconiser l'approche communautaire, peut jouer un rôle très utile; il pourrait concevoir ou fixer des lignes directrices pour la préparation de projets d'organisation et de mise en application de tels modèles.

D'une façon générale, les provinces canadiennes essayent de revoir leur système universel public de soins hospitaliers et médicaux afin d'utiliser les ressources d'une manière plus efficace. Toutefois, il est certain toutefois que, sans un geste de la part du gouvernement et sans son aide, les autres systèmes de prestation des soins n'ont aucune chance par rapport aux systèmes traditionnels. La forme que doivent prendre les systèmes de rechange de prestation devrait dépendre des besoins de la collectivité (en y incluant les groupes traditionnels de dispensateurs de soins) qu'ils desservent. Il faut admettre que, peu importe le mécanisme adopté, le médecin en constitue le pivot. Nous en sommes arrivés à un stade où tous les modèles de participation communautaire ont l'occasion de jouer un rôle important dans la mise en application d'autres mécanismes de prestation. l'Association des coopératives canadiennes et le Conseil canadien de la coopération pourraient être de véritables pionniers dans ce contexte (si l'on procède aux modifications législatives nécessaires pour permettre de tels changements).

ANNEXE A

Liste des principales personnes interrogées

et

liste des questions posées

PRINCIPALES PERSONNES INTERROGÉES

Mme Alexa Brewer
Analyste des politiques
Division politique de la santé
Direction générale de la politique de
la planification et de l'information
Santé et Bien-être social Canada

Dr John E.F. Hastings
Doyen associé
Faculté de médecine
Université de Toronto

Mme Charlotte Rosenbaum
Directrice générale
North Kingston Community Health Centre
Kingston (Ontario)

Mme Dennise Albrecht
Centre de santé Côte-de-Sable
Ottawa (Ontario)
Mme Patti Sullivan
Directrice générale
Klinic Community Health Centre
Winnipeg (Manitoba)

D'autres personnes qui ont été sources de renseignements furent intérrogées pour une recherche antérieure sur ce même sujet. Cette liste a été adaptée de Angus, Tregunna et Dunne, 1989

Centres de santé communautaires (CHC)

Wayne Edgar
Directeur exécutif
Centretown Community Resource Centre
Ottawa (Ontario)

Dr. Donna Bower
Directrice, Soins de santé primaires
Dalhousie Health and Community Centre
Ottawa (Ontario)

Bonnie Dinning
Coordinatrice, Programme des soins de santé
Pinecrest-Queensway Community Service Centre
Ottawa (Ontario)

Denise Albrecht
Directrice exécutive
Sandy Hill Health Centre
Ottawa (Ontario)

David Hole and Lynda Jones
Directeur exécutif / Nursing Coordinator
South East Ottawa Community Health Centre
Ottawa (Ontario)

Organisations des services santé (HSO)

Dr. John Forster
Directeur médical
Family Medical Centre

Mme Réjeanne Cuerrier
Directrice exécutive
St. Anne's Clinic
Ottawa (Ontario)

Fred Griffith
Directeur exécutif
Sault Ste Marie and District Group Health Association
Sault Ste. Marie (Ontario)

Autres centres de soins ambulatoires

Geraldine Hutton
Directrice exécutive
CLSC de l'Outaouais

Kevin McNamara
Directeur exécutif
Cobequid Multi-service Centre
Lower Sackville (Nouvelle-Écosse)

Roy Whetmore
(Ancien membre et président du conseil communautaire responsable pour le développement du Cobequid Multi-service Centre)
Lower Sackville (Nouvelle-Écosse)

Michael Sorochan, Directeur
Continuing Care Division
Vancouver Health Department
Vancouver (Colombie Britannique)

Brian Sullivan
Représentant communautaire, Comité de planification et Conseil d'administration
Guelph Community Health Centre
Université de Guelph – Vice-président adjoint aux affaires estudiantines
Guelph (Ontario)

Tom Marwick
Directeur exécutif
Regina Community Clinic
Regina (Saskatchewan)

Marie Lynch
Directrice adjointe, Services professionnels et planification
St. Joseph's Ambulatory Care Centre (pas encore en opération)

Representants des Gouvernements

Giah Eisenstein
Directeur exécutif
Division de la santé communautaire
Ministère de la santé de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Mary Catharine Lindberg
Sous-ministre adjoint
Planification et programmes
Ministère de la santé de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Individus

Eva James
(visite à Cobequid)
Présidente, Kanata Health Care Committee
Membre, WUHRSC Advisory Committee
Kanata (Ontario)

Dr. Maureen Law
(Intéressé et impliquée au développement de centres
de santé sous l'égide des syndicats)
Ottawa (Ontario)

Dr. James Lee
(Intéressée au HMO)
Expert-conseil
Arthur D. Little Inc.
États-Unis

Jonathan Lomas
Coordinateur adjoint
Health Economics and Policy Group
Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics
Faculty of Health Sciences
McMaster University
Hamilton (Ontario)

Dr. Janet Mitchell
(Intéressée aux HMO, à la recherche qui touche sur la clientèle des médecins qui travaillent en groupe)
Présidente, Centre for Health Economics Research
U.S.A.

Thomas Regan
Chef de la recherche
Nova Scotia Royal Commission on
Health Services
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Dr. Duncan Robertson
(Impliqué aux programmes gériatriques communautaires et intéressé aux soins à domicile et communautaires)

Dr. Ralph Sutherland
(Intéressée aux modèles de développement communautaire)
Professeur
Université d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

On compte parmi les autres informants qui ont entrepris des examens spéciaux et de courtes entrevues pour cette recherche:

Yuping Hong
Misericordia Hospital
Winnipeg (Manitoba)

Wendy Muckle
Sandy Hill Health Centre
Ottawa (Ontario)

LISTE DES QUESTIONS POSÉES AUX PRINCIPALES PERSONNES INTERROGÉES AU SUJET DES SERVICES DE SANTÉ PROPRIÉTÉ DE, ET ADMINISTRÉS PAR DES COOPÉRATIVES / CONSOMMATEURS

Date :
Enquêteur :
Personne interrogée :
Organisme :
Poste :
Adresse :
No de téléphone :

QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL :

* Quel genre de modèle de soins de santé qui sont la propriété de, et administrés par des coopératives-consommateurs connaissez-vous bien?
* Quels sont les principaux services offerts par l'intermédiaire de ce modèle (ou des modèles que vous connaissez bien)?

MODE DE PROPRIÉTÉ :

* Quel est le mode de propriété du conseil d'administration de ce modèle coopératif?
* Quels sont les traits intéressants de ce mode de propriété?
* Y a-t-il des contraintes associées à ce mode de propriété? Quel est votre mode de propriété préféré?

PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE :

* La participation communautaire est-elle encouragée dans ce modèle?
* À quel niveau se situe-t-elle?
* À votre avis, la participation communautaire a-t-elle donné de bons résultats?
* Qu'est-ce qui a facilité la participation communautaire?
* Quels sont les obstacles et les difficultés au niveau de la mise en application?
* Comment et par qui un client est-il aiguillé vers votre service?
* Quelles relations officielles ont-elles été établies avec les établissements, les organismes et les professionnels de la collectivité?
* Quelles relations officieuses ont-elles été établies avec les établissements et les professionnels de la collectivité?
* Dans quelle mesure ce modèle coopératif est-il parvenu à promouvoir les objectifs actuels de la politique gouvernementale de la santé, notamment en ce qui concerne l'intégration et la continuité des services de santé, les services à caractère communautaire, la promotion et la prévention?

FACILITÉ D'ACCÈS :

* Comment assure-t-on la facilité d'accès à ce modèle coopératif?

  Comment la facilité d'accès pourrait-elle être accrue?

MODALITÉS DE FINANCEMENT :

* Comment ce modèle coopératif est-il financé?
* Tous les programmes sont-ils financés de la même façon? (Y a-t-il du personnel détaché, un ticket modérateur, etc.)
* Ce mécanisme de financement facilite-t-il ou complique-t-il, à votre avis, la prestation des services?
* Êtes-vous limité à une zone géographique de recrutement bien précise?
* Êtes-vous pénalisé si les clients inscrits obtiennent des services à l'extérieur? Même s'ils obtiennent des services qui ne sont pas offerts dans ce modèle coopératif?
* Quelle attitude adoptez-vous envers les clients qui utilisent d'autres services? (Les encouragez-vous à rester?)
* Pouvez-vous desservir des clients se trouvant à l'extérieur de la zone de recrutement? Êtes-vous pénalisé pour avoir offert ce genre de service?

EFFICACITÉ ET RENTABILITÉ :

* Quels facteurs vous ont-ils amené à adopter ce modèle de prestation de soins?
* D'autres possibilités ont-elles été envisagées au départ?
* Auxquels besoins de la clientèle répond ce modèle, et quels sont les avantages qu'il présente à cet égard?
* Comment ces besoins ont-ils été déterminés?
* Quels sont les objectifs de ce modèle coopératif (mesurables et réalisables)?
* Y a-t-il certaines populations et certains besoins cibles? Sur quoi s'est-on basé pour faire ce choix?
* Dans le cadre de ce modèle coopératif, existe-t-il certains critères à observer avant de pouvoir ajouter un nouveau service?
* Partage-t-il les ressources avec d'autres groupes de la région?
* Les services et la prestation ont-ils été évalués?
* A-t-on fait des observations intéressantes?
* Quels sont les domaines où il convient d'améliorer la situation?
* Quelle est la qualité des services offerts par ces modèles comparativement à celle des services offerts dans les autres parties du système?
* Comment cette "qualité" est-elle mesurée?
* Quelles sont les interactions entre ces modèles coopératifs et les services existants?
* Connaissez-vous des études où l'on parle d'une utilisation moins fréquente des services institutionnels ou d'autres services sociaux ou de santé, grâce à des services de soins de santé qui sont la propriété de, et administrés par des coopératives-consommateurs?

ACCEPTABILITÉ :

* Quels sont les avantages pour les dispensateurs de soins de santé qui travaillent dans le cadre du modèle coopératif? Pour les dispensateurs de soins de santé qui travaillent au sein de la collectivité?
* Les médecins de la région les acceptent-ils? Dites pourquoi dans l'affirmative ou dans la négative.

- Quelle a été la réaction des autres professionnels paramédicaux?
- Existe-t-il un groupe en particulier qui a contribué à faire accepter plus facilement le service au sein de la collectivité?
- Quelle est la structure organisationnelle du modèle coopératif?

MESURES INCITATIVES/DÉCOURAGEANTES :

- Y a-t-il des mesures économiques incitatives?
  Décourageantes?
- Y a-t-il certains inconvénients ou certains avantages politiques?
- Quelle est la perception du public au sujet des mesures incitatives ou des mesures décourageantes?

ORIENTATIONS FUTURES :

- À quoi ressembleront, d'après vous, les services de santé qui sont la propriété de, et administrés par des coopératives-consommateurs, d'ici 5 à 10 ans?
- Quels changements faudra-t-il apporter si l'on veut élargir la portée et le rôle des modèles coopératifs?

ANNEXE B

Bibliographie

Bibliography

Ableson, Julia and Jonathon Lomas (1990), "Do Health Service Organizations and Community Health Centres Have Higher Disease Prevention and Health Promotion Levels Than Fee-For-Service Practices?", CMAJ:142:6:575-581.

Allard, Robert, Guy, Micheline, Durand, Louise, Hudon, Elisabeth, Robert,Yves (1985), "Delays in the primary vaccination of children", Canadian Medical Association Journal, Vol. 133, pp. 108-110.

Anderson, D.O., Crichton, A.J. (1973), "What Price Group Practice?" A study of changes and expenditures for medical care, Vol. 1, Group Practice in the System, An enquiry into the efficient and effective organization of medical practice, Vol. 11, Health Sciences Centre, University of British Columbia, Vancouver.

Angus, D.E. and P. Manga (1986), "National Health Strategies: Time for a New Prespective", Canadian Journal of Public Health, Vo. 77, No. 2, March/April, pp. 81-85

Angus, D.E., Kathryn Tregunna and Cathy Dunne (1989), An Experience Review of Ambulatory Care Service, prepared for the Ottawa Carleton Regional District Health Council, Institute for Health Care Facilities of the Future: Ottawa.

Angus, D.E. (1989), Review of Significant Health Care Commissions and Task Forces in Canada Since 1983-84, unpublished report prepared for the Canadian Medical Association: Ottawa.

Angus, D.E. (1990), "Trends in Health Care", unpublished report prepared for Curry Adams and Associates: Ottawa.

Angus, D.E. (1990), "Symposium on Social Supports": A Synthesis, unpublished report prepared for Statistics Canada: Ottawa.

Apland, L. E. (1989), "The Co-operative Sector and Health Care in Canada", Canadian Co-operative Association, Saskatoon, Saskatchewan, September.

Association of Ontario Health Centres (1983), Report of the Ambulatory Care Incentive Program, Toronto, Ontario.

Barer, M.L. (1981), "Community Health Centres and Hospital Costs in Ontario", Ontario Economic Council.

Barer, M., P. Manga and R. Shillington (1981), "Income Class and Hospital Use Under Public Insurance, Ontario Economic Council", Toronto, pp. 109.

Barkin, Martin (1987), "Integrating Physicians Into a Meaningful Role in the Canadian System: The Why and How of It", address to the Canadian Hospital Association's Hospitals of the Future Conference: Quebec City: February 6.

Battista, Renaldo N. (1983), "Adult cancer prevention in primary care: Patterns of practice in Quebec", American Journal of Public Health, Vol. 73, No. 9, pp. 1036-1041.

Battista, Renaldo, N., Williams, J. Ivan, MacFarlane, Leslie, A.(1986), "Determinants of primary medical practice in adult cancer prevention", Medical Care, Vol. 24, No. 3, pp. 216-224.

Begin, The Honourable Monique (1983), "Preserving Universal Medicare", The Government of Canada.

Birch, Stephen, Jonathan Lomas, Michael Rachlis and Julia Ableson (1990), "HSO Performance: A Critical Appraisal of Current Research", CHEPA Working Paper Series 90-1, Centre for Health Economics and Policy Analysis: Hamilton.

Blishen, B. (1969), "Doctors and Doctrines, The Ideology of Medical Care in Canada", University of Toronto Press.

Boan, J.A. (ed) (1983), "Proceedings of the Second Canadian Conference on Health Economics", The University of Regina, Regina.

Bosen, S., Merino, R., Zambrano, R. (1979), Training of a community board to increase the effectiveness of health centre, Public Health Reports, Vol. 94, pp. 275-280.

Bozzoni, Luciano (1988), "Local community services centres (CLSCs) in Quebec: Description, evaluation, perspectives", Journal of Public Health Policy, Vol. 9, No. 3, pp. 346-375.

Brown, P. (1978), "Political-Economic and Professionalistic Barriers to Community Control of Mental Health Services: A Commentary on Nassi", Journal of Community Psychology, Vol. 6, pp. 384-392.

Brunelle, Y., Ouellet, D., and Dillard S. (1988), "Des Organisations de soins intégrés de santé: OSIS", Ministry of Government Services, Quebec.

Canadian Council on Social Development (1985), "Improving the Delivery of Community-Based Health and Social Services", Proceedings of the Ottawa Conference, November.

Canada Department of Health and Welfare (1974), "A New Perspective on the Health of Canadians, Ottawa", Minister of Supply and Services.

Canadian Public Health Association (1972), Commissioned papers to the community health centre project, CPHA.

Caplan, The Honourable Elinor, Minister of Health (1989), to the Ontario Hospital Association Conference on Comprehensive Health Organizations, Don Mills, Ontario, April 5.

Champagne, François, Raynald Pineault and Louise-Hélène Trottier, (1985) "The Integration of Public Health in the Hospital Structure: Lessons for the Quebec Experience", Presented at the National Conference on Improving the Delivery of Community-Based Health and Social Services, Canadian Council on Social Development, Ottawa, November 25.

Community Health Programs Branch (1984), Guidelines and Submission Procedures for the Community Health Centre Program, Toronto.

Community Health Services Association (Regina) Ltd. (1989), Brief to the Saskatchewan Commission on Directions in Health Care, February.

Conlon, J. (1989), "Community Health Centres in Canada", pp. 26 (mimeo).

Crichton, A. (1973), "Community Health Centres: Health Care Organization of the Future?", Report of the Committee on Community Health Centre Project (Catalogue No. H31-1172-3). Ottawa: Information Canada.

Davies, Allyson Ross, Ware Jr., John E., Brook, Robert H., Peterson,

Jane Newhouse, R., Joseph P. (1986), "Consumer acceptance of prepaid and fee-for-service medical care: Results from a randomized controlled trial", Health Services Research, Vol. 21, No. 3, pp.429-452.

DeFriese, G.H. (1974), The Sault Ste. Marie Community Health Survey of 1973: "Community Health Centres and Private Solo Practice Under Universal Health Insurance": The Consumer's View, Final Project Report to the Minister of National Health and Welfare, Sault Ste. Marie Group Health Association, Sault Ste. Marie.

DeFriese, G.H. (1975), "On Paying the Fiddler to Change the Tune: Further evidence from Ontario regarding the impact of universal health insurance on the organization and patterns of medical practice", Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, Vol 53, No. 2, pp.117-148.

Derosiers, G. (1978), "The introduction of a network of local community health centres: four years of experience", Canadian Journal of Public Health, Vol. 69, pp. 7-9.

Dubois, L. (1988), "Women & Health. Ontario Advisory Council on Women's Issues". Toronto, Spring.

Edginton, B. (1989), "Health Disease and Medicine in Canada". Butterworths, Toronto.

Evans, R.G. (1981), "Incomplete vertical integration: The distinctive structure of the health-care industry", in Health, Economics and Health Economics, J. van der Gaag and M. Perlman, eds., North-Holland Publishing Company, Amsterdam.

Evans, R.G. (1984), "Strained Mercy, The Economics of Canadian Health Care", Butterworth & Co., Toronto.

Foulkes, R.G. (1973), "Health Security for British Columbians", Victoria, B.C., Ministry of Health.

Francis, Anita M., Polissar, Lincoln, Lorenz, Ann Browder (1984), "Care of patients with colorectal cancer: A comparison of a health maintenance organization and fee-for-service practices", Medical Care, Vol. 22, No. 5, pp. 418-419.

Freeman, Howard E., Kiecolt, K. Jill, Allen, Harris M. (1982), "Community health centres: An initiative of enduring utility", Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, Vol. 60, No. 2, pp. 245-267.

Ginzberg, Eli, Ostow, Miriam (1985), "The community health care centre: Current status and future directions", Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 10, No. 2, pp. 283-298.

Godbout, J. (1981), "Is consumer control possible in health care services?", International Journal of Health Services, Vol. 11, No. 1, pp. 151-167.

Hall, The Hon. E.C. (1965), "A Commitment for Renewal, Canada's National-Provincial Health Program for the 80's", Ottawa.

Hammond, J. (1979), "Home health care cost effectiveness: An overview of the literature", Public Health Reports, Vol. 94, No. 4, pp. 305-311.

Hancock, T. (1986), "Creating a Healthy Community: The Preferred Role for Hospitals", Dimensions in Health Service, Vol 63, No. 6, pp. 22-23.

Hancock, T. (1987), "Health, Women and the Future", Health Care for Women International, Vol. 8, pp. 249-260.

Hastings, J.E.F. (1972), "The Community Health Centre in Canada", Report of the community health centres project to the health ministers. Ottawa. July (Three Volumes).

Hastings, J.E.F. (1972), "The Community Health Centre in Canada", (Three Volumes), Report of the Community Health Centres Project to the Health Ministers. Ottawa.

Hastings, J.E.F., Mott, F.D., Barclay A., Hewitt, D. (1973), "Prepaid group practice in Sault Ste. Marie, Ontario: Part I: Analysis of utilization records", Medical Care, Vol. 11, No. 2, pp.91-103.

Hastings, J.E.F. & Vayda, E. (1984) "Health Service & Delivery: Promise and Reality", A paper prepared for presentation at the Health Policy Conference on the Canadian Health Care System, August.

Hastings, J.E.F. (1986), "Health Service Organizations and Community Health Centres". Journal of Public Health Policy, Vol. 7, No. 2, pp. 239-247.

Health and Welfare Canada (1985), "Community Health Centres of Canada", Ottawa.

Kagis, M. and Muckle, W. (1987), "Community Health Centres and Geographic Boundaries: Who Benefits?" pp. 44 (mimeo).

Ketilson, Lou Hammond (1985), "The Prince Alberta Co-operative Health Centre: External Constraints Limiting the Attainment of Co-operative Objectives", A paper submitted to Daniel Ish, Dean of Law, in partial fulfilment of requirements for Law 889:3 Directed Research, December.

Klein, Donald C. (1978), "Some Reflections on Community Control: A Commentary on Nassi", Journal of Community Psychology, Vol. 6, pp. 16-18.

Krauser, J. (1989), "The Women's Health Issues Committee", Ontario Medical Review, March, pp. 16-19.

Lee, L. (1986), "Alternative Delivery Modalities in Canada: Problems, Potential and Policy, Working Conference on Alternative Delivery Modalities in Canada: Problems, Potential and Policy, October, Burlington.

Lele, Dorothy (1989), "Community Health Services in Canada: Opportunities for New Directions", unpublished draft Discussion Paper prepared for Health and Welfare Canada: Ottawa.

Lesemann, F. (1981), "Du pain et des services", Albert Saint Martin, Montreal.

Linton, Adam and David Peachy (1987), "A Guide to Alternative Means of Compensation for Professional Services", Ontario Medical Association.

Linton, Adam (1987), "Who's Afraid of an HMO?", Ontario Medical Association.

Lomas, Jonathan, Cushman, Robert (1984), "Potential effects of a competitive system of health delivery on Canadian requirements for physician manpower, " Paper prepared for the 75th Annual Conference of the Canadian Public Health Association, Calgary, Alberta, June 27 (mimeo).

Lomas, Jonathan, (1985), "First and Foremost in Community Health Centres: The Centre in Sault Ste. Marie and the CHC Alternative", University of Toronto Press, Toronto.

Lomas, J. (1985), "Barriers to the Growth and Development of Community Health Centres in Ontario", Memo for the Ontario Ministry of Health.

Lomas, J. (1986), "Health Care Delivery Models: Emerging Trends in the Delivery of Health Services", Clinical Biochemistry, Vol. 19, October.

Lomas, Jonathan, Labelle, Roberta, Woodward, Christel A. (1986), "Distribution of responses to a survey of consumers at a Health Service Organization: A survey of members of the Henderson Family Practice Unit conducted Fall, 1985", Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University, Hamilton.

Lomas, Jonathan, Abelson, Julia (1989), "Do Health Service Organizations and Community Health Centres have higher disease prevention and health promotion activity levels then Fee-for-Service practices?" McMaster University, Centre for Health Economics and Policy Analysis, Working Paper No. 21.

Luft, Harold S. (1981), "Health Maintenance Organizations: Dimensions of Performance", John Wiley & Sons, Inc., New York.

Lum, Doman (1975), "The Health Maintenance Organization Delivery System",AJPH, Vol. 65, No. 11, pp. 1192- .

Manga, Pran (1981), "Income and Access to Medical Care in Canada"

D. Coburn, D. New, C. D'Arcy and G. Torrance (editors), "Health and Canadian Society", Fitzhenry and Whiteside, pp. 325-342.

Manga, Pran (1987), "Equality of Access, Inequalities in Health Status: Policy Implications of a Paradox" in D. Coburn, C. D'Arcy, P. New and G. Torrance (editors), Health and Canadian Society, second edition, Fitzhenry and Whiteside, pp. 637-648.

Manga, Pran and Wendy Muckle (1987), "The Role of Local Government in the Provision of Health and Social Services in Canada", Canadian Council on Social Development, Ottawa,

Manga, P. and D. Angus (1989), "Fiscal Federalism in Health Care", Royal Commission on Health Care, pp. 160.

Manga, P. and G.R. Weller (1980), "The Failure of the Equity Objective in Health: A Comparative Analysis of the U.S.A., U.K. and Canadian Experience", Comparative Social Research, Vol. 3, pp. 229-267.

Manga, P. (1987), "Privatization of Health Care Services in Canada: Reform or Regress?", Journal of Consumer Policy, Vol. 10, No. 1, pp. 1-24.

Manning, W G., Leibowitz, A., Goldberg, G.A., Rogers W.H., Newhouse, J.P. (1984), "A controlled trial of the effect of prepaid group practice on use of services", New England Journal of Medicine, Vol. 310, No. 23, pp. 1505-1510.

Marquis, M. Susan, Davies, Allyson Ross, Ware Jr, John E. (1983),"Patient satisfaction and change in medical care provider: A longitudinal study", Medical Care, Vol. 21, No. 8, pp. 821-829.

Marwick, T. (1990), Brief to the House of Commons Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women, Community Health Co-operative Federation of Saskatchewan, March.

McPhee, J.C. (1973), "Community Health Association Clinics: An Evaluation of the Hospital Utilization of Community Health Clinic Association", (April 1, 1972 - March 31, 1973) Research and Planning Branch, Saskatchewan Department of Public Health, Regina.

Metsch, Jonathon M. and James E. Veney (1976), "Consumer Participation and Social Accountability", Medical Care, Vol. 14, pp 283-293.

Mott, F.D., Hastings, J.E.F., Barclay, A. (1973), "Prepaid group practice in Sault Ste. Marie, Ontario: Part II: Evidence from the Household Survey", Medical Care, Vol. 11, No. 3, pp.173-188.

Mustard, J.F. (1983), "Final Report of the Task Force to Review Primary Health Care". Ontario Ministry of Health Publication.

Ontario Medical Association (1987), Position of the Ontario Medical Association with respect to Health Service Organizations and Capitation-based Salaries for Physicians.

Ontario Ministry of Health (1976), "Health Care Report", St. Catherines and District Group Health Association and the Glazier Medical Centre, Oshawa. Evaluation of volume, quality and cost, April 1, 1974 to March 31. Toronto.

Ontario Ministry of Health (1982), "Final Report of the Task Force to Review Primary Health Care", (The Mustard Report), Toronto.

Ontario Ministry of Health (1984), Health Care: "The 80's and Beyond". Seeking Consensus, Ontario Ministry of Health Publication.

Ontario Ministry of Health (1984), "Submission Guidelines for New Community Health Centres". Ontario Ministry of Health Publication.

Ontario Ministry of Health (1989), "Deciding the Future of Our Health Care". An Overview of Areas of Public Discussion. Queen's Printer for Ontario.

Paap, W. (1978), "Consumer-based Boards of Health Centres: Structural Problems in Achieving Effective Control", American Journal of Public Health, Vol. 68, No. 6, pp. 578-582.

Pan American Health Organization (1977), "Extension of health service coverage using primary care and community participation strategies", Bulletin of the Pan American Health Organization, Vol. 11, No. 4, pp. 345-369.

Peachy, David (1987), "The Politics of HSOs in Ontario", Ontario Medical Association.

Pineault, Raynald (1988), "Discussion of Economic and Social Determinants of Prevention in Health Care Provision in the United States", in: Implementing Preventive Services, American Journal of Preventive Medicine (special supplement), Oxford University Press, pp. 101-107.

Price Waterhouse (1989), "Operational Review of the Ontario Home Care Program Final Report", Ontario Ministry of Health, Toronto.

Rachlis, Michael and Carol Kushner (1989), Second Opinion: "What's Wrong with Canada's Health-Care System and How to Fix It", Collins: Toronto.

Renaud, Marc et al., "Practice Settings & Prescribing Profiles", American Journal of Public Health, Vol. 70, No. 10, pp. 1068-73.

Renaud, Marc, Beauchemin, Jean, Lalonde, Carole, Poirier, Hélène, Berthiaume, Sylvie (1980), "Practice settings and prescribing profiles: The simulation of tension headaches to general practitioners working in different practice settings in the Montreal area". American Journal of Public Health, Vol. 70, No. 10, pp. 1068-1073.

Report of the Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements, (1981), Fiscal Federalism in Canada, 1981.

Robichaud, J. (1988), "The Main Characteristics of Community Centres for Social and Health Services in Canada in 1988: Summary Report of the Study, Ottawa": Canadian Public Health Association.

Roch, D. (1986), "The Feasibility of Alternative Delivery Modalities in Canada": The Policy Perspective, Working Conference on Alternative Delivery Modalities in Canada: Problems, Potential and Policy, October.

Roemer, M.I. (1972), "Evaluation of Community Health Centres", Public Health Paper (48), Geneva: Publication of the World Health Organization.

Ruderman, A.P. (1973), "Economic Characteristics of Community Health Centres". Report to the Community Health Centre Project (Catalogue No. H31-1172-2). Ottawa: Information Canada.

Saskatchewan Health (1983), "Community Clinic Study, Policy Research and Management Services Branch, Regina", pp. 81 (plus appendices).

Schwenger, C.W. (1987), "Health care for the elderly in Canada", Journal of Public Health Policy, Vol. 8, pp. 222-241.

Shapiro, E. (1986), "Patterns and Predictors of Home Care Use by the Elderly When Need is the Sole Basis for Admission", Home Health Care Services Quarterly, Vol. 7, No. 1, pp. 29-44.

Sheps, Sam, Robertson, Ann (1984), "Evaluation of primary care in a community clinic by means of explicit process criteria", Canadian Medical Association Journal, Vol. 131, October 15, pp. 881-886.

Simmons, R., Kay, B. and Regan C. (1984), "Women's Health Groups: Alternatives to the Health Care System", International Journal of Health Services, Vol.14, No. 4, pp. 619-633.

Spasoff, R. A. (1987), "Health for All Ontario". Report of the Panel on Health Goals for Ontario, Ontario Ministry of Health Publication.

Spitzer, W.O., Sackett, D.L., Sibley, J.C., et al. (1974), "The Burlington Randomized Trial of the Nurse Practitioner", New England Journal of Medicine, Vol. 209, No. 5, pp. 251-256.

Spitzer, Walter O. (1984), "The nurse practitioner revisited: Slow death of a good idea", (editorial) New England Journal of Medicine, Vol. 310, No. 16, pp. 1049-1051.

Stoddart, G.L. and Seldon, J.R. (1983), "Publicly Financed Competition in Canadian Health Care Delivery: A Viable Alternative to Increased Regulation?", Proceedings of the Second Canadian Conference on Health Economics, Regina, pp. 121-160.

Stoddart, G and Lomas J., Final Report of the Burlington Working Conference on Alternative Delivery Modalities in Canada, McMaster University, Hamilton, Ontario, May.

Stoddart, G.L. and Lomas, J. (1988), "The Status of Alternative Delivery Modalities in Canada", CHEPA, Hamilton.

The Community Health Co-operative Federation of Saskatchewan (1987), "Saskatchewan's Community Clinics: A Quarter Century of Innovation and Reform in Health Services", April.

The Community Health Co-operative Federation of Saskatchewan (1989), Presentation to the Saskatchewan Health Task Force, February 1.

The Community Health Co-operative Federation of Saskatchewan (1989), Brief of the Saskatchewan Commission on Directions in Health Care, March.

The Evans Report (1987), "Toward a Shared Direction for Health in Ontario", Report of the Ontario Health Review Panel, Toronto.

Valdez, R. Buciaga, Ware Jr, John E., Manning, Willard G., et al., (1989), "Prepaid group practice effects on the utilization of medical services and health outcomes for children: Results from a controlled trial", Paediatrics, Vol. 83, No. 2, pp. 168-180.

Vayda, Eugene, Williams, A. Paul, Stevenson, H Michael, et al., (n.d. 1988), "Characteristics of established group practices in Ontario", Department of Health Administration, Faculty of Medicine, University of Toronto, Toronto (mimeo).

Weller, G. and P. Manga (1983), "The Push for Reprivatization of Health Care Services in Canada, Britain and the United States", Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 8, No. 3, pp. 495-518.

Wilner, Susan, Schoenbaum, Stephen C., Monson, Richard R., Winickoff, Richard N. (1981), "A comparison of the quality of maternity care between a health maintenance organization and fee-for-service practices", New England Journal of Medicine, Vol. 304, No. 13, pp. 784-787.

Wolfe, Samuel and Badgley, Robin (1967), "Doctor's Strike: Medical Care and Conflict in Saskatchewan", MacMillan Co., Toronto.

Woods, N.F. (1985), "New Models of Women's Health Care", Health Care for Women International, Vol. 6, No. 4, pp. 193-208.

Yelin, E.H., Shearn M.A., Epstein W. V. (1986), "Health outcomes for a chronic disease in prepaid group practice and FFS settings: The case of rheumatoid arthritis", Medical Care, Vo. 24, No. 3, pp 236-247.

Young, T. Keu (1975), "Lay Professional Conflict in a Canadian Community Health Centre", Medical Care, Vol. XIII, No. 2, pp. 897-904.